CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 4

KWIECIEŃ 1938 R.

PHOSPHACID
L. NASIEROWSKI
PHOSPHACID
PHOSPHACID
PHOSPHACID
PHOSPHACID
AMPUŁKI
KROPLE

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1938 R. Nr. 4

Z I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w Warszawie.
Dyrektor: *Prof. Dr Z. Radliński.*

Ostre zapalenie stawu biodrowego

podał

Dr Zygmunt Lewandowski.

Wśród ostrych zapaleń stawów procentowo dość rzadkie jest zapalenie stawu biodrowego. Etiologia i rozwój cierpienia, w zależności od sił obronnych ustroju, daje wielką różnorodność obrazów klinicznych, na krańcach których z jednej strony stoją przypadki o przebiegu lekkim, zacichające pod wpływem leczenia zachowawczego i dające dobre rokowanie, z drugiej zaś strony przypadki o przebiegu ciężkim, gwałtownym, czasem błyskawicznym, wymagające możliwie szybkiej i radykalnej interwencji i mimo to często nie dające możliwości uratowania chorego. Między krańcowościami tymi stoją przypadki, które w mniej lub bardziej ciężkim przebiegu kończą się o tyle pomyślnie, że dają się uratować, niemniej jednak, jako następstwo radykalnych zabiegów, dają ciężkie kalectwo.

Jeżeliby chodziło o ścisłe zdefiniowanie co rozumiemy pod *ostrym zapaleniem stawu biodrowego,* to należy wyjaśnić, że chodzi nam w naszym pojęciu nie tylko o zapalenie szpiku kostnego szyjki kości udowej lub panewki biodrowej, ale o zapalenie samego stawu biodrowego, które jest objawem stałym i bezpośrednim.

Należy tutaj wyosobnić zapalenie szpiku kostnego umiejscowione z daleka od stawu: na poziomie krętarzy, grzebieni kości biodrowych, guzów kulszowych i spojenia łonowego. Wyżej wymienione postacie mogą się wprawdzie wikłać zapaleniem stawu biodrowego, ale jest to z reguły powikłanie wtórne, często późne, zwykle o charakterze łagodnym, zupełnie różne od postaci, o których chcemy mówić.

Śmiertelność bezpośrednia w ostrym zapaleniu stawu biodrowego waha się od 33 — 50% *(Piquet, Brocqua, Petit).* Postępy w dziedzinie diagnostyki chorób kości i stawów, a co za tym idzie, szybka interwencja sprawiają, że śmiertelność ta maleje i że rzadkością są dzisiaj ciężkie rozlane ropowice uda i miednicy; mimo to jednak cierpienie to nie przestaje być groźne, zwłaszcza że najczęściej miewa ono charakter zakażenia ogólnego w sensie ropnicy lub posocznicy.

Z punktu widzenia czynnościowego ostre zapalenie stawu biodrowego daje rokowanie złe, mimo że wczesne rozpoznanie — w czym nie małą rolę odgrywa rentgenografia — i szybka pomoc, obniżają znacznie odsetek śmiertelności, a ortopedia daje możność złagodzenia kalectwa.

Są dwa zasadnicze punkty wyjścia dla ostrego zapalenia stawu biodrowego: górny odcinek kości udowej w jej części wewnątrzstawowej oraz kość biodrowa. Według statystyki *Dupina,* $^2/_3$ ostrych przy-

padków powoduje zapalenie górnej nasady k. udowej, pozostałą $1/3$ — zapalenie kości biodrowej.

Miejscem osiedlenia się infekcji są zwykle chrząstki nasadowe panewki biodrowej, szyjki kości udowej i najbliższe okolice tych chrząstek, które są predysponowane ku temu pod względem anatomicznym.

Rozwój kości miednicy rozpoczyna się w 3. miesiącu życia płodowego, z chwilą wystąpienia jednego ośrodka kostnienia dla kości biodrowej; między 4. a 7. miesiącem życia płodu rozwijają się jeszcze dwa ośrodki kostnienia dla kości kulszowej i łonowej. Wyżej wymienione punkty kostnienia są przedzielone pasmami chrząstki, które w kształcie litery Y zbiegają się w centrum panewki stawu biodrowego. Te trzy zasadnicze punkty kostnienia zlewają się w 14. — 15. roku życia. Ośrodek kostnienia znajdujący się w panewce między kością biodrową i łonową nosi nazwę kości panewki. Poza zasadniczymi trzema punktami kostnienia w panewce istnieje cały szereg punktów dodatkowych opisanych przez *Sappeya.* Nas jednak będą interesowały tylko trzy zasadnicze, ze względu na to, że w pobliżu nich rozwija się zapalenie szpiku kostnego.

Jeżeli chodzi o kość udową, to ośrodek kostnienia wspólny dla główki i szyjki kości udowej rozwija się już w 1. roku życia. Punkty kostnienia dla krętarzy występują dużo później: dla większego w 5., dla mniejszego w 14. — 18. roku życia. Ostateczny zrost trzonu z nasadami kończy się między 20. — 25. rokiem życia. Główka kości udowej jest oddzielona od szyjki przez chrząstkę nasadową do 18. — 22. roku życia.

Proces zapalny rozpoczyna się ściśle biorąc w samym szpiku kostnym, stopniowo rozprzestrzenia się i obejmuje substancję kostną, dając w sprawach zjadliwszych ropienie kości i martwicę całych jej odcinków, w zakażeniu mniej złośliwym — przejściowe rozrzedzenie istoty kostnej. Te zmiany anatomiczne odpowiadają w klinice początkowemu okresowi ostrego zapalenia szpiku kostnego. Badanie rentgenologiczne w tym stadium choroby nie jest w stanie nic wykazać *(Lannelogue)*. Kości płaskie i długie, dzięki obecności jam szpikowych w trzonach, mają lepsze warunki do osiedlania się i szerzenia infekcji, natomiast pewne odcinki kości, jak np. szyjka kości udowej, nie posiadają jamy szpikowej, a poprzez zbitą substancję kostną w tym miejscu propagowanie zakażenia jest dość trudne.

.Wedle obserwacyj *Brocqua* w ostrym zapaleniu stawu biodrowego zapalenie szpiku kostnego obejmuje obie wchodzące w skład stawu kości, jednakże zmiany dominujące dotyczą tylko jednej z kości, natomiast ubytki i zmiany zapalne drugiej są zawsze bardziej powierzchowne, wtórne i raczej wywołane przez proces ropny toczący się w stawie.

To twierdzenie dało się sprawdzić zarówno radiologicznie, jak sekcyjnie — tak więc w przypadku opisanym przez *Petita* sprawa zaczęła się od kości biodrowej, a wtórnie zajęła jedynie chrząstkę główki kości udowej nie przechodząc na szyjkę. W innym przypadku sprawa chorobowa rozpoczęła się od zapalenia szpiku kostnego szyjki kości udowej; zmiany objęły wprawdzie kość biodrową, ale tak powierzchownie, że zwykłe wyskrobanie kości wystarczyło do wyleczenie, podczas gdy główka i szyjka kości udowej wydzieliły się samoistnie. Zmiany zapalne ściśle kostne przy zapaleniu stawu biodrowego zasadniczo lokalizują się w jednej kości i nie mają tendencji do szybkiego rozprzestrzenia-nia się, nie należy więc spieszyć się z zabiegiem na kości.

Nathan wyróżnia zapalenie stawu biodrowego połączone z dużą nekrozą i licznymi martwakami i twierdzi, że te są z reguły wywołane przez gronkowce. Zapalenia te są zawsze ciężkie, w klinicznym przebiegu burzliwe i groźne dla życia chorego, w przeciwieństwie do ograniczonych, przejściowych i łagodniejszych w przebiegu — wywołanych przez paciorkowce. Zaznacza również, że podczas gdy gronkow-

cowe zapalenia stawu biodrowego i szpiku kostnego chętnie dają nawroty i długotrwałe ropienia — paciorkowce dają stosunkowo szybkie wyleczenia bez recydyw. Opierając się na powyższym autor jeżeli stwierdza zakażenie paciorkowcowe, wykonuje zwykle drenaż bez zabiegu na kości, co pozwala mu otrzymać dobre rezultaty pod względem czynnościowym, a radykalną rozległą resekcję szyjki kości udowej w zapaleniach wywołanych przez gronkowce. Powyższe wytyczne w postępowaniu autora zasługują na uwagę ze względu na to, że oparte są na dużym materiale 200 przypadków w ciągu 25 lat.

Zapaleniu szpiku kostnego górnej części uda lub panewki z reguły towarzyszy zapalenie samego stawu biodrowego, a tylko w znikomej ilości przypadków brak jest tego powikłania i to wtedy, gdy zapalenie szpiku kostnego obejmuje odcinki kości zewnątrzstawowe. *Guyot* na 54 przypadki zapalenia szpiku kostnego spostrzegał w 7-miu brak zmian zapalnych w stawie.

Do bardzo rzadkich należą przypadki z ogniskiem zapalenia szpiku kostnego umiejscowionym w wewnątrzstawowym odcinku kości, a mimo to nie dających zapalenia stawu. Taki przypadek obserwował *Brocqua:* ognisko znajdowało się w główce kości udowej.

Moore i *Agensworth* są zdania, że zapalny stan stawu jest zjawiskiem wtórnym i że przez pierwsze dwie doby, kiedy już zjawia się ból, zakażenie jeszcze tkwi w szyjce; dlatego też *Macnamara* w tym właśnie stadium świdruje metafizę i w ten sposób usiłuje zapobiec tworzeniu się zapalenia stawu. Stanowisko to jest o tyle niesłuszne, że wątpliwą jest rzeczą, aby w ciągu 2 — 3 dni mogło powstać ognisko ropne; poza tym ognisko tak świeże nie da się wykryć rentgenologicznie i drogą operacyjną będzie niezmiernie trudne do znalezienia, zważywszy, że rozmiar takiego ogniska może być znikomo mały. Proces zapalny zaczyna się zawsze od kości, nigdy od torebki stawowej; staw zakaża się wtórnie przez sąsiedztwo i powstaje w nim wysięk surowiczy lub ropny.

W innych przypadkach zakażenie stawu następuje wskutek przebicia się ropnia podokostnowego do jamy stawowej. Każdemu więc zapaleniu szpiku kostnego szyjki kości udowej czy też panewki towarzyszy zapalenie stawu i tego nie należy uważać za powikłanie, a za istotną składową część ostrego zapalenia biodra.

W dalszym przebiegu cierpienia powstaje zwykle ropowica okołostawowa i destrukcja kości. Ropa ze stawu poprzez słaby punkt w torebce przedziera się do części miękkich i drąży w dół wzdłuż przywodzicieli lub pod powięź szeroką uda. Ropnie mogą schodzić bardzo nisko w dół lub pod mięśnie pośladkowe. Do rzadkości należą ropienia wewnątrzmiednicowe, które powstają po przebiciu sklepienia panewki. W tych przypadkach sprawa posuwa się wzdłuż wewnętrznej powierzchni kości biodrowej, dając przetoki do odbytnicy i pęcherza moczowego. Zniszczenie torebki stawowej przez proces ropny oraz zmiany w kościach tworzących staw dają zwichnięcia, częstsze u dzieci, czasami zaś samoistne oddzielenie nasady albo złamanie szyjki przy najlżejszych nawet manipulacjach. Takie odwarstwienie główki daje w następstwie jej nekrozę, a zmartwiała główka podtrzymuje ropienie do czasu jej usunięcia (*Rutkowski*). Dalszy przebieg procesu polega na wędrówce kikuta szyjki kości udowej na talerz biodrowy. W taki sam sposób zachowuje się kikut szyjki kości udowej po operacyjnym usunięciu główki drogą resekcji w celu zapewnienia dobrego sączkowania stawu.

Nieco inaczej, bo bez tendencji do zwichnięcia ku górze, zachowuje się główka

kości udowej przy zapaleniu szpiku kostnego panewki. Zapalenie szpiku kostnego panewki nie niszczy jej brzegów, lecz pogłębia ją ku górze i środkowi (*Kirmisson*). Główka wtłacza się w dach panewki i w ten sposób nie wywędrowuje z niej. Pozorne pogłębienie panewki widuje się w zapaleniu szpiku kostnego szyjki kości udowej, dzięki wtórnemu rozrostowi brzegów panewki — są to zmiany okostnowe, doprowadzające czasami do zesztywnienia w biodrze (*Piquet, Benoiste, Pilloire i Lamy*).

Patogeneza ostrych zapaleń stawu biodrowego da się ująć w 3 punkty: 1) wrota wtargnięcia zakażenia, 2) faza bakteriemii, 3) faza lokalizacji. Moment wtargnięcia infekcji często bywa niedostrzeżony. Faza uogólniania się zakażenia nie jest przejściowa i nie ustaje, gdy zaczyna się rozwijać proces ściśle zlokalizowany. Stan ten trwa i wyniszcza organizm pod postacią ropnicy lub posocznicy. I tutaj, jeżeli chodzi o interwencję chirurgiczną, znów są rozbieżne zapatrywania autorów: *Brocqua* radzi możliwie szybką operację, podczas gdy *Huc* i *Brisard* wstrzymują się od wszelkich zabiegów w okresie posoczniczo-ropniczym. Istotnie w tym okresie choroby, kiedy dominuje ogólne zakażenie miejscowe, objawy są minimalne lub nie ma ich wcale; badanie rentgenowskie nie jest w stanie dać nam wtedy odpowiedzi co do umiejscowienia, o jakim więc zabiegu można myśleć? Idąc na podejrzany staw znajdujemy obrzęk części miękkich, nieco ropy krwistej wypływającej z otworu w torebce stawowej i brak makroskopowych zmian w kości — zabieg okaże się więc nie celowy.

Badanie kliniczne ma na celu nie tylko postawienie rozpoznania zapalenia stawu biodrowego, ale także sprecyzowania postaci chorobowej. Formy posocznicowe i ropnicowe nie dadzą się ściśle rozgraniczyć, gdyż najczęściej współistnieją. Postacie posocznicowe są ciężkie, hypertoksyczne, szybko doprowadzające do zejścia śmiertelnego. Stan ogólny jest zły, ciepłota do 40° z dreszczami, posiew krwi dodatni, żywe bóle na poziomie biodra, ruchy zniesione lub ograniczone, niewielki obrzęk części miękkich.

Postacie ropnicowe mają wprawdzie również przebieg ciężki, ale sprawa ma tendencję do zlokalizowania się w ciągu miesiąca, ciepłoty są przemijające, a posiew tylko czasami dodatni, na szczycie wzniesienia temperatury. Inne postacie, leczące się wdzięcznie zachowawczo z całkowitą rezolucją, należą do zapaleń nie ropnych.

Leczenie ostrego zapalenia stawu biodrowego musi iść dwiema drogami, z których jedna ma za zadanie zwalczanie zakażenia ogólnego, a druga jest skierowana przeciwko zmianom miejscowym w kościach i stawach. W dziedzinie środków leczniczych wymienimy: surowice i szczepionki, trypaflawinę, sole złota i bakteriofagi. Odnosi się wrażenie, że środki te dają zadowalające rezultaty tylko w tych przypadkach, które same się cofają, aczkolwiek są autorzy entuzjazmujący się dobrym działaniem soli złota wraz ze szczepionkami.

Leczenie chirurgiczne zmierza przede wszystkim do zdrenowania ogniska ropnego, a można to uzyskać za pomocą otwarcia stawu—z resekcją lub bez—główki kości udowej, zwichnięcia czasowego drogą operacyjną albo nacięcia ropnia podokostnowego. Najczęściej w tych przypadkach stosowanym zabiegiem jest nacięcie stawu (arthrotomia) — niestety dość często nie daje ono dostatecznego drenażu. Godne uwagi jest to, że jama stawu biodrowego jest prosta, bez zachyłków, przeto wydaje się, że drenowanie jej nie powinno nastręczać trudności: a jed-

nak szyjka kości udowej dzieli tę jamę na dwie przestrzenie — przednią i tylną, co stanowi przeszkodę w sączkowaniu. To też niektórzy autorzy jak *Poncet, Lagoutte, Reiss* we wszystkich przypadkach, w których chcą otrzymać dobry drenaż, resekują główkę kości udowej. Niektórzy chirurdzy, jak *Guyot i Ledderhose* rezerwują ten zabieg dla przypadków bardzo ciężkich, w których zwykła artrotomia nie daje pożądanego rezultatu, a objawy zakaźne utrzymują się. *Portwich* resekuje główkę już w 2 — 3 dni po otwarciu stawu, jeżeli ciepłota nie spada; *Brocqua* czyni to wtedy, gdy jest ona zdemarkowana w stosunku do szyi. *Cadenat* twierdzi, że resekcji można uniknąć, robiąc dwa nacięcia torebki stawowej — jedno od przodu, drugie od tyłu oraz stosując wyciąg kończyny pionowy; broni się on przed resekcją ze względu na jej następstwa w postaci skrócenia, zesztywnienia, przywiedzenia i rotacji do wewnątrz.

Czasowe zwichnięcie wg. *Ombredanne'a* pozwala uniknąć resekcji, a jednocześnie daje dobry drenaż stawu: jest to zwichnięcie na okres ostry, po którym sprowadza się główkę na właściwe miejsce. Często ciepłota nie spada przez długie miesiące, gdyż mimo to że staw drenuje się dobrze, ognisko zapalne w kości rozwija się. Jeżeli chodzi o zabieg na samej kości, to jeżeli po przejściu torebki stwierdzimy ropień podokostnowy, bezwzględnie należy go przeciąć; również jeżeli stwierdzimy, że kość jest biała, nie krwawi, a z kanałów Hawersa sączy się ropa — należy trepanować. Także trzeba uciec się do trepanacji kości, jeżeli po otwarciu ropnia podokostnowego i szerokim drenażu części miękkich proces nie uspakaja się, a innych ognisk lokalizacji brak. *Ledderhose, Piquet, Reiss* są przeciwnikami trepanacji, *Portwich* natomiast jest jej zwolennikiem i to w najbliższych dniach po otwarciu stawu, jeżeli ten zabieg nie powstrzymuje procesu. Resekcja główki kości udowej, aby być dostatecznie radykalna musi obejmować główkę i część szyjki; nie należy jednak zbytnio radykalizować, jak to robił *Driessen* (1880), który dla zupełnej likwidacji sprawy zakaźnej resekował główkę i szyjkę aż do krętarzy.

Celem leczenia pooperacyjnego powinno być usztywnienie kończyny w dobrym ustawieniu, a osiąga się to za pomocą wyciągu i gipsu. Wyciąg stosuje się w ostrym okresie choroby. *Gustillet* i *Tillier* proponują wyciąg pionowy, twierdząc, że daje on dobry drenaż, stałość działania i możność utrzymania opatrunku w czystości; dzięki tym jego właściwościom autorzy nie otrzymali nigdy zesztywnienia w wadliwym ustawieniu. Jedyną złą stroną wyciągu są odleżyny. Gips stosuje się w późniejszych przewlekłych okresach choroby.

Dla zilustrowania metod postępowania przytaczam kilka historii chorób:

Przypadek 1. Chora M. M. lat 22, choruje od dwóch tygodni. W wywiadach czyraczność. Cie-

Rys. 1.

płota 39,5°, dreszcze, bardzo silne bóle w prawym stawie barkowym. Obrzęk barku, ruchy czynne zniesione, bierne b. bolesne. Nakłuciem otrzymano ropę z dołu nadgrzebieniowego łopatki. Nacię-

cie wzdłuż igły; grzebień łopatki obnażony; drenaż. Z ropy wyhodowano gronkowca złocistego. W 6 tygodni od początku choroby skarży się na silne bóle w stawie biodrowym prawym. Nakłucie bez wyniku. Rentgenogram wykazał destrukcję w stawie biodrowym (rys. 1) 11.VII, to jest w 2 mies. od początku choroby wykonano z cięcia Kochera resekcję główki kości udowej *(prof. Radliński)*. Drenaż i ułożenie na szynie w odwiedzeniu; 8.VIII usunięto dren. 10.IX wyciąg plastrowy, rana na zagojeniu. 15.X nałożono gips ze strzemieniem do chodzenia. Rana zagojona. W połowie stycznia zdjęto gips, zaczęto masaże, ruchy bierne i czynne. Chora chodzi o lasce. Skrócenie kończyny o 10 cm. (rys. 2 i 3).

Rys. 2.

Rys. 3.

Przyp. 2. Chory M. S. lat 19, w anamnezie angina. Ciepłota do 40° z dreszczami: ciężki stan ogólny i bardzo żywe bóle w lewym stawie biodrowym. Rentgenogram negatywny. Dwukrotne nacięcie ropowicy międzymięśniowej na udzie. Mimo dobrego odpływu ropy ciepłota nie spada. Powtórne zdjęcie rentgenowskie w 6 tygodni od początku choroby wykazało zmiany w stawie biodrowym, wobec czego wykonano resekcję główki kości udowej lewej *(prof. Radliński)*. Na kończynę nałożone opatrunek w odwiedzeniu. W 2½ mies. po operacji usunięto dreny, zesztywnienia w stawie biodrowym nie stwierdza się. Chory zaczyna chodzić o kulach (rys. 4).

Rys. 4.

Przyp. 3. Chory M. W. lat 22. zgłasza się z ciepłotą 38°, tętnem 96, z dreszczami i skargami na silne bóle w prawym biodrze i ograniczeniem ruchów w stawie biodrowym. Miejscowo: obrzęk uda poniżej Pouparta, chełbotanie. Leukocytoza 8.000. Nakłucie stawu biodrowego negatywne, jednak w kilka dni powtórna punkcja zrobiona tuż pod krętarzem wielkim dała ropę ze zbiorowiska, drążącego wzdłuż szyjki kości udowej do jamy stawu. Główka, panewka i krętarz obniżone. Drenaż do tyłu na pośladku. Kończyna na szynie odwodzącej. Badanie ropy wykazało gronkowca białego. Bakteriuria. Ciepłota utrzymuje się na wysokości 38,5°. W miesiąc po przybyciu chorego do kliniki dokonano resekcji główki kości udowej i nacięcia zacieków na tylnej powierzchni uda. Ciepłota pomimo to nie

spadła. Wybitne osłabienie akcji serca; ropomocz i krwiomocz; wymioty; obrzęki na obu kończynach. Zejście śmiertelne.

Przyp. 4. Chory M. K. Lat 18. Przybył do kliniki w 2½ mies. po postrzale z rewolweru. Operowany bezpośrednio po wypadku w szpitalu w Lublinie, gdzie otwarto otrzewnę i stwierdzono uszkodzenie jelit w trzech miejscach; rany kiszek zaszyto. Od 4. dnia po operacji bóle w biodrze prawym i znaczne ograniczenie ruchów. Ciepłota 39°. Przez 4 tygodnie kończynę trzymano na wyciągu. Kończyna w rotacji na zewnątrz, abdukcji i fleksji. W 3 miesiące od wypadku zabieg z cięcia w górnej ⅓ na bocznej powierzchni uda; otwarcie ropnia, który drąży do jamy stawu biodrowego. Wobec tego, że zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność pocisku na przedniej powierzchni główki kości udowej, otwarto szerzej torebkę stawową, zdłutowano część główki i w ten sposób dotarto do kuli, która tkwiła w główce kości udowej; drenaż. Przebieg pooperacyjny powikłany zaciekami ropnymi między przywodzicielami uda; zacieki otwarto. Kończyna w odwiedzeniu. W 3 miesiące po operacji wypisany jako wyleczony.

Przyp. 5. Chora G. S. l. 15. Zgłasza się z bardzo silnymi bólami w prawym biodrze, gorączką do 39° i dreszczami; zachorowała tydzień temu.

Rys. 5.

Miejscowo: okolica prawego stawu biodrowego obrzękła, bardzo bolesna, ruchy czynne zniesione, bierne b. ograniczone z powodu bolesności. Kończyna ustawiona w przywiedzeniu i rotacji na wewnątrz. Leukocytoza 15.400. Kończynę ułożono na szynie abdukcyjnej w rotacji na zewnątrz, dano anatoksynę gronkowcową. Rentgenogram negatywny. W 3 tygodnie od przybycia do kliniki stwierdzono chełbotanie nad krętarzem wielkim. Otwarcie ogniska ropnego, którego kanał sięga w głąb do stawu biodrowego. Drenaż i wyciąg plastrowy w odwiedzeniu. Stopniowo spadek ciepłoty. Przebieg bez powikłań. W 2 miesiące po operacji nałożono gips z oknem. W 4 miesiące po operacji krótki gips do kolana. Rana zagojona. Chora zaczyna chodzić (rys. 5).

Przyp. 6. Chory S. K. lat 13. Od 6 tygodni powstały bez określonej przyczyny bóle kończyny

Rys. 6.

Rys. 7.

dolnej prawej; po 3 tygodniach bóle zlokalizowały się w okolicy prawego stawu biodrowego, nasilając się przy ruchach. Ciepłota od początku

choroby do 40° wieczorami. Miejscowo: okolica prawego biodra obrzękła, krętarz wielki kości udowej przesunięty ku górze na talerz biodrowy (rys. 6), ruchy zniesione z powodu bolesności, chełbotania brak. Nałożono wyciąg plastrowy w odwiedzeniu. Po tygodniu badaniem stwierdza się: obsunięcie się główki do panewki stawu biodrowego (rys. 7), spadek ciepłoty do normy. Po miesiącu rentgenologicznie stwierdza się główkę wybitnie odwapnioną, ale w normalnym położeniu. Nałożono gips do kolana. Wypisany w stanie dobrym.

Przyp. 7. S. S. l. 26. Choroba rozpoczęła się w maju1937 r. od ostrego zapalenia ucha środkowego po stronie prawej. W krótkim czasie po operacji chory zaczął odczuwać ból w prawym stawie biodrowym i nie mógł posługiwać się kończyną. Jeszcze podczas pobytu w klinice laryngologicznej przyłączyła się sprawa płucna, wobec czego chory był przesłany do Szpitala Wolskiego, gdzie rozpoznano przerzutowe ropnie płuc. Ze znaczną poprawą w płucach został przepisany do I Kliniki chirurgicznej dla leczenia biodra. Nałożono gips i od tej pory chory wysoko gorączkuje, a ogólny stan pogarsza się. Wobec całkowitego zniszczenia główki kości udowej — wykonano jej resekcję. Kończynę unieruchomiono w gipsie w odwiedzeniu. Powstała ropowica na udzie, którą przecięto i zdrenowano. Stan chorego stale pogarszał się, zejście śmiertelne.

Jeżeli chodzi o wyciągnięcie w n i o s k ó w z powyższych rozważań i ustalenie odpowiednich wytycznych postępowania, to opierając się na materiale i doświadczeniu I Kliniki Chirurgicznej U. J. P. należy podkreślić, że ostre zapalenie stawu biodrowego nie wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej ze względu na brak czasu do wytworzenia się wyraźnych zmian i niewłaściwość operowania w okresie bakteriemii. Należy więc zastosować leczenie objawowo-wyczekujące, a kiedy sprawa ogólna zlokalizuje się, co da się wykryć zarówno badaniem klinicznym, jako też rentgenowskim *(Lang)*, przystępujemy do zabiegu stosunkowo najprostszego, a więc do otwarcia stawu, ułatwiając jego sączkowanie przez wyciąg w odwiedzeniu. Jeżeli te zabiegi nie dają wymaganych wyników, a sprawa trwa i wyniszcza chorego, przystępujemy do zabiegu radykalnego, polegającego na mniej lub bardziej rozległej resekcji główki i szyjki kości udowej. Bezpośrednio po operacji nakładamy albo wyciąg w dużym odwiedzeniu, albo gips z oknem. Mimo tych zabiegów nie zawsze udaje się utrzymać kikut szyjki w panewce. Często dzięki sile ściągającej mięśni uda, kikut szyjki wędruje na talerz biodrowy tworząc nowy staw. Kikuty pozostające w panewce dają przeważnie zesztywnienie stawu.

PIŚMIENNICTWO.

Piguet: Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance, Rev. de chir. 1926. XLVI. p. 767, *Le Fort:* Luxation pathologique simple de la hanche, 10-e Réunion annuelle de la Soc. Fr. d'Orthopedie. 1928, *Ombrédanne* et *Fevre:* Luxation de la hanche d'origine ostéomyélitique, Soc. de Pédiatrie, Mai 1928, *Petit P.:* Traitement précoce de l'ostéomyelite aiguë de la hanche de l'adolescent, 1934, *Walter Wynen:* Zur Frage der Frühdiagnose der akuten Coxitis, Zentralblatt für Chirurgie, 1925; 50. *Patel:* Résections de la hanche faites par Ollier, Lyon chir. 27. 824, 1930, *Lang:* Thèse: Coxites gonococciques, *Ramond L.:* Coxites gonococciques. La Presse Médicale, 1929 T. 37, s. 1929.

R E S U M É.

L'arthrite aiguë de l'articulation coxo-fémorale

par

Dr Z. Lewandowski.

L'auteur décrit les observations des cas de coxite aigu opérés à la première clinique chir. de l'université à Varsovie et donne les conclusions suivantes:

Le coxite aigu n'exige pas l'intervention d'urgence pour les causes:

a) le manque de temps pour l'apparition des premièrs lésions,

b) il est dangereux d'opérer en periode de bactériemie.

On instituera une thérapeutique médicale en attendant la localisation du procès general, ensuite nous appliquerons la plus simple opération, c'est á dire l'arthrotomie et drainage en abduction. Si le précédent traitement ne donne pas de bons resultats, on fait une opération radicale, c'est á dire la résection etendue de la tête et du col fémoral.

Immédiatement après l'opération nous appliquons l'extension en abduction maximale ou bien l'immobilisation platrée.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Wojskowego we Lwowie.

Kilka uwag w sprawie oceny urazów kręgosłupa

podał

Ppłk Dr Adam Sołtysik

st. ordynator oddziału.

Świeże urazy kręgosłupa, jak skręcenia, złamania i zwichnięcia, należą u nas do uszkodzeń stosunkowo rzadkich, wynosząc na naszym materiale zaledwie 2% w stosunku do wszystkich innych uszkodzeń. W okręgach górniczych stosunek ten zwiększa się znacznie, ponieważ tam środowisko i charakter pracy stwarza znacznie więcej możliwości wypadków przygniecenia i przysypania, które bywają najczęstszą przyczyną złamań kręgów. Zranienia postrzałowe kręgosłupa należą również do rzadkich uszkodzeń, a statystyki z czasów wojny określają ich częstość na 2% w stosunku do wszystkich innych zranień.

Dlatego tym bardziej zwraca uwagę stosunkowo duży odsetek różnego rodzaju urazów i schorzeń kręgosłupa, obserwowany na ambulatoryjnym materiale inwalidzkim. Na 477 badań inwalidów wojennych przeprowadzonych w r. 1936 w ambulatorium chirurgicznym Szpitala O. K. 6., 45 badań — a więc 9,5% — obejmowało badanie kręgosłupa, przy czym 28 badań dotyczyło wyłącznie cierpień kręgosłupa, a 17 — łącznie z innymi uszkodzeniami.

Mówiąc o ocenie poszczególnych złamań musimy stwierdzić, że nawet najlżejsze z nich wymagają stosunkowo długiego okresu leczenia i w tym czasie powodują, zależnie od charakteru zajęcia, zupełną lub prawie zupełną niezdolność do pracy. Rozpowszechniona przez *Böhlera* metoda *Watson-Jones-Davisa* niesłychanie skróciła leczenie, zwłaszcza w najczęstszych typach niepowikłanych zgnieceniowych złamań kręgów. O ile przedtem leczenie, nawet w przypadkach zupełnie prostych, trwało około ½ roku, wymagając jeszcze nadal, do roku a nieraz i dłużej, stałej kontroli, gorsetów i oszczędzania, to po zastosowaniu tej ambulatoryjnej metody, czas leczenia skrócił się do 12 tygodni. Bezpośrednio po zdjęciu gorsetu gipsowego chorzy są właściwie zdolni do pracy, a niekiedy przy intensywnie przeprowadzanych ćwiczeniach mięśni grzbietu, silniejsi nawet niż przed złamaniem *(Böhler)*.

Dużą rolę odgrywa nastawienie chorego; jeżeli zależy mu na dojściu do zupełnego zdrowia, chętnie stosuje się do wskazówek, odzyskując przy prawidłowo przeprowa-

dzonym leczeniu, przeważnie całkowitą zdolność do pracy. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy chory liczy na możliwość uzyskania odszkodowania i trwałej renty inwalidzkiej. Wtedy i leczenie idzie znacznie oporniej, i wyniki są gorsze, ponieważ chorzy zasłaniając się bólem nie chcą ćwiczyć, skarżą się na stałe dolegliwości i w wielu przypadkach leczenie znacznie się przedłuża, zachodzi konieczność zwolnienia od służby wojskowej, względnie od pracy, a z uwagi na możliwość późniejszych wtórnych zmian, konieczność przyznania odpowiedniego procentu niezdolności do pracy.

Przy złamaniach wyrostków kolczystych i poprzecznych nieraz długo mogą utrzymywać się bóle, na ogół jednak zdolność do pracy wraca w zupełności po upływie około 3 miesięcy. Rzadko zachodzi potrzeba usunięcia niezrośniętych, przemieszczonych wyrostków. Złamania wyrostków stawowych i złamania łuków, o ile nie ma objawów uszkodzenia rdzenia lub uciskowych nerwobólów korzonkowych, zwykle nie powodują trwałego obniżenia zdolności do pracy. Wszelkie uszkodzenia kręgosłupa mogą się łączyć z objawami neurastenii, zwłaszcza gdy wchodzi w grę odszkodowanie i renta *(Matti)*.

O ile ocena świeżych uszkodzeń kręgosłupa oraz ich następstw nie napotyka na duże trudności, a ustalenie związku cierpienia i obniżenia zdolności do pracy z przebytym urazem nie ulega kwestii, o tyle znacznie zawilej przedstawia się sprawa oceny odległych, późnych następstw przebytego urazu. Przy badaniach inwalidów stosunkowo często mamy do oceny przypadki rzekomo przebytych uszkodzeń kręgosłupa, gdzie od opinii wydanej przez lekarza zależy przyznanie związku, a tym samym ewentualna wypłata renty. Przypadki w których mamy objawy niewątpliwie przebytego uszkodzenia kręgosłupa, są łatwe do oceny, najczęściej jednak rzekomo przebyty uraz nie pozostawił śladu, a klinicznie i rentgenologicznie stwierdzamy zmiany odpowiadające cierpieniom zniekształcającym, albo swoistym lub nieswoistym zmianom zapalnym.

Wchodzą tu w grę: zapalenie zniekształcające *(spondylarthritis deformans)* i usztywniające *(spondylarthritis ankylopoëtica Strümpel-Pierre Marie-Bechterew)*, choroba Scheuermanna, zniekształcenia na tle krzywiczym, zapalenia swoiste, przede wszystkim gruźlica i kiła, schorzenia kręgosłupa w przebiegu chorób zakaźnych, zmiany wrodzone oraz nieswoiste zapalne, których obraz anatomiczny mimo różnej etiologii, może być i bywa łudząco do siebie podobny.

Umiejętne wniknięcie w istotę sprawy wymaga bardzo szczegółowego badania: z jednej strony musimy brać pod uwagę interes państwa, z drugiej człowieka, którego doli możemy ulżyć, uwzględniając słuszne momenty przyczynowe, lub skrzywdzić go opierając się jedynie np. na braku wyraźnych śladów mniej lub więcej wiarygodnie stwierdzonego urazu kręgosłupa.

Niekiedy uraz może być tylko momentem ujawniającym cierpienie i wtedy mylne będzie odnoszenie pogorszenia do urazu, który w danym wypadku mógł wprawdzie spowodować przejściowe pogorszenie, gdzie jednak charakter postępujący leży w samej naturze schorzenia, które z biegiem czasu musi ulegać pogorszeniu *(Dega)*.

Często spotykamy się z chęcią wykorzystania istniejącej już przedtem choroby lub zniekształcenia kręgosłupa dla uzyskania renty. Należą tu liczne przypadki bocznych skrzywień kręgosłupa, gdzie badani powołują się na to, że zostali przyjęci jako całkiem zdrowi, a cierpienie rozwinęło się dopiero w czasie służby, wskutek urazu i potem postępowało dalej. Dokładne badanie charakteru skrzywienia, obecność odpowiednich zmian kształtu klatki piersio-

wej, brak urazowych ograniczonych zmian, pozwolą nam zawsze rozpoznać schorzenie jako krzywicze, rozwijające się stopniowo od lat dziecięcych lub szkolnych, niezależnie nawet od ewentualnie odniesionego urazu. W tych razach nie należy zbyt pochopnie przyjmować, że „trudy i specyficzne warunki służby wojskowej w polu, względnie pracy w warsztatach, fabrykach itp." były bezpośrednią przyczyną choroby, względnie przyczyniły się do jej pogorszenia.

W tych wszystkich przypadkach niezmiernie ważne jest wykonanie dobrych i nieraz wielokrotnych zdjęć kręgosłupa, a nieraz równocześnie kości kończyn i stawów, ponieważ na samym badaniu klinicznym nie możemy absolutnie polegać. Musimy mieć stale zwróconą uwagę na fakt, że nawet istotnie i ciężko chorzy świadomie agrawują, co w wysokim stopniu utrudnia zdanie sobie sprawy z faktycznego stanu, ograniczenia ruchów itp. Jak nieraz trudno zdać sobie np. sprawę, gdzie kończy się czynne a zaczyna obronne względnie chorobowe napięcie mięśni!

Badanie musi być wszechstronne, zwłaszcza dużą uwagę musimy zwrócić na badanie kończyn dolnych, gdyż zaburzenia statyki w przypadkach stóp płaskich, kolan koślawych itp. znajdują prawie zawsze swój odpowiednik w zmianach kręgosłupa. Często zmiany stwierdzone w dużych stawach kończyn mogą wyświetlić pochodzenie zmian w kręgosłupie. Z drugiej strony musimy pamiętać o tym, że przy pewnej wrażliwości konstytucjonalnej, uraz dotyczący nawet narządów odległych, może stać się przyczyną wystąpienia zmian w kręgosłupie *(Hoffa)*.

Nie możemy pominąć całkowicie wpływu urazów psychicznych, które wedle koncepcji *Leriche'a*, drogą układu współczulnego mogą wywoływać zaburzenia naczynioruchowe, a te ze swej strony mogą stać się przyczyną wystąpienia pewnych zmian anatomicznych. Jeżeli tak często spotykane opowiadania o „przysypaniu wskutek wybuchu granatu" u inwalidów wojennych lub o ciężkim wypadku ogólnych kontuzji w pracy, np. upadku z dużej wysokości, znajdują potwierdzenie w aktach, to choć doraźnie mogło nie być żadnych wyraźnych uszkodzeń, jednak wstrząs psychiczny łącznie z pozornie nic nie znaczącymi, drobnymi kontuzjami, może stać się punktem wyjścia dla późniejszej sprawy zniekształcającej w kręgach.

Dużą rolę odgrywa również zawód: ludzie pracujący ciężko fizycznie, a w szczególności dźwigający ciężary, są narażeni na szkodliwy wpływ czynników mechanicznych; występują u nich procesy nadmiernego zużycia w postaci zmian zniekształcających — spondylarthritis ankylopoëtica i deformans. Zmiany te występują tym wcześniej i intensywniej, im mniejsza jest wartość konstytucjonalna aparatu stawowego w ogóle. Wilgoć, chłód i sposób odżywiania również wywierają tu wpływ *(Reicher)*.

Przypadek kiły kręgosłupa obserwowany na naszym oddziale, leczony i rozpoznawany przez wiele lat i wiele klinik i zakładów jako przypadek gruźlicy, która rozwinęła się w następstwie urazu, zmusza do zwrócenia uwagi i w tym kierunku. Zdawać by się mogło, że z chwilą stwierdzenia kiłowej etiologii cierpienia, nie możemy przyznać związku ze służbą wojskową, względnie z wypadkiem przy pracy. Jeżeli jednak miał miejsce uraz kręgosłupa, to musimy pamiętać, że ma on wybitny wpływ na przebieg kiły, że, podobnie jak przy gruźlicy, może ją uruchomić i ujawnić, a miejsce urazu może stać się siedliskiem kilaków. Uraz zadany nawet na kilka lat przed zakażeniem kiłowym może spowodować w tym samym miejscu rozwinięcie się procesu zapalnego, a o ile łączył się z uszkodze-

niem rdzenia, może nasilić ukryte dotychczas objawy wiądu, lub nawet może być momentem wywołującym umiejscowienie się sprawy specyficznej w rdzeniu *(Bernard)*.

W przypadkach, w których nie jesteśmy w stanie ustalić przyczyny zmian stwierdzanych w kręgosłupie, musimy jeszcze zwrócić uwagę na możliwość istnienia zmian wrodzonych — zaburzeń rozwojowych. Wtedy najczęściej będziemy mogli znaleść jeszcze i inne cechy, np. bloki zrośniętych kręgów mogą robić wrażenie przebytej sprawy urazowej lub chorobowej; zwykle jednak bloki te wyróżnia nieparzysta ilość wyrostków poprzecznych lub żeber, nadto znajdujemy często i inne zmiany wrodzone, jak rozszczepienie łuków kręgów (spina bifida posterior lub znacznie rzadsza anterior), co pozwoli nam na wyjaśnienie istoty schorzenia. Wreszcie w starości zgąbczenie kręgów prowadzi do zapadania się trzonów, dając obrazy podobne do złamań, a zmiany te wg. *Junghansa* występują więcej niż u 50% ludzi po 50-ym roku życia *(Łapiński)*.

Z chwilą gdy mimo wszystko nie możemy ustalić istoty schorzenia, a istnieje dowód przebytej dłuższej służby w polu lub ciężkiej pracy fizycznej w warunkach mogących spowodować procesy nadmiernego zużycia, wtedy dopiero możemy zastosować formułkę o niekorzystnym wpływie służby w polu lub pracy fizycznej, przyjąć mniejszą wartościowość kręgosłupa i przyznać częściowy związek cierpienia wraz z odpowiednim do zmian procentem niezdolności do pracy.

Widzimy więc, jak w przypadkach mniej jasnych, gdzie stwierdzenie urazu napotyka na pewne trudności i wątpliwości, wydanie oceny musi się opierać na wszechstronnym i dokładnym badaniu; widzimy, że nie wystarcza samo ustalenie rozpoznania i stwierdzenie zmian anatomicznych, ale dopiero wyświetlenie przyczyny z uwzględnieniem tła, czynników konstytucjonalnych i całego szeregu okoliczności mogących mieć wpływ na przebieg schorzenia, pozwoli ostatecznie wyświetlić sprawę i wydać sprawiedliwą ocenę.

PIŚMIENNICTWO.

Böhler L.: Die Technik der Knochenbruchbehandlung 1937, *Dega W.:* Arthritis deformans tibio-fibularis a uraz. Chir. N. R. Tom IV, z. IV 1931, *Kochanowski J.:* O obrotowych nadwichnięciach kręg. lędźw. przy jego bocznym wygięciu. Chir. N. R. Tom VIII z. II 1935, *Kukliński I.:* Czynniki anatomiczne i mechaniczne w złamaniach wyrostków poprzecznych kręg. lędźw. Chir. N. R. Tom IX z. I i II 1926, *Levittoux H.:* W sprawie patogenezy choroby Scheuermanna i Schmorla. Chir. N. R. Tom VI z. II 1933, *Łapiński Z.:* Urazy kręgosłupa i rdzenia. P. Przegl. Chir. Tom XV z. V 1936, *Hoffa A.:* Orthopädische Chirurgie 1925, *Matti H.:* Die Knochenbrüche und ihre Behandlung 1922, *Mesz N.* i *Piwko N.:* O roli tarczy międzykręgowej w fizjologii i patologii kręgosłupa. Chir. N. R. Tom V z. I 1932, *Peter J.:* Nowy sposób zawieszenia chorego, zapobiegający odleżynom w złamaniach kręgosłupa z całkowitym porażeniem poprzecznym. Chir. N. R. Tom VII z. III—IV 1934, *Raszeja F.:* Leczenie nieswoistych spraw zapalnych kręgosłupa. Chir. N. R. Tom IX z. I—II 1936, *Reicher E.:* O rozpowszechnieniu i niezakaźnych przyczynach cierpień gośćcowych. Wiedza Lek. z. I 1933, *eadem:* Arthroso-arthritis deformans. Wiedza Lek. z II-III 1936, *eadem:* Choroba Scheuermanna. Wiedza Lek. z. IV 1936, *Sommer R.:* Die traumatische Verrenkungen der Gelenke 1928, *Wolszczan J.:* Ocena urazu w przypadku wielostawowego schorzenia. Ch. N. R. Tom VI z. III 1933, *idem:* O złamaniach i zwichnięciach kręgosłupa. Ch. N. R. Tom VI z. IV 1933, *idem:* Boczne skrzywienie kręgosłupa a wypadek. Ch. N. R. Tom VII z. III—IV 1934.

ZUSAMMENFASSUNG

Einige Bemerkungen über das Gutachten von Wirbelsäuleverletzungen

v.

Dr A. Sołtysik (Lwów).

Laut statistischen Angaben beträgt die Zahl der Wirbelsäuleverletzungen im Verhältniss zu allen anderen Verletzungen cca 2%. Inzwischen ersieht man aus dem im Militärspital ambulatorisch untersuchten Kriegsinvalidenmaterial, dass cca 10% der Kriegsinvaliden wegen Wirbelsäuleerkrankungen entweder eine Rente beziehen oder um eine solche ansuchen.

In frischen Fällen trifft das Gutachten auf keine Schwierigkeiten, in älteren dagegen, in denen die angebliche Verletzung keine Spur zurückliess, finden wir öfters, klinisch wie auch rentgenologisch, Veränderungen, die verunstaltenden, spezifischen Leiden oder auch unspezifischen Entzündungen entsprechen.

Das Gutachten muss sich auf einer vielseitigen und genauen Untersuchung stützen, es genügt nicht die Feststellung der Diagnose. Erst die Aufklärung der Ursache mit Berücksichtigung der konstitutionellen Elemente und einer Anzahl von Umständen, die einen Einfluss auf die Erkrankung haben können, erlaubt uns den Krankheitszustand aufzuklären und ein gerechtes Gutachten zu stellen.

KAZUISTYKA

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: *Prof. dr T. Ostrowski.*

O rzadkim przypadku mucocele zatoki czołowej

podali

Dr Józef Sieniawski i dr Stanisław Kossowski.

W rozpoznaniu różniczkowym torbieli czaszki dopiero prace *Chiarisa* o ich etiologii wprowadziły porządek i systematykę, tak że podług dzisiejszego stanu wiedzy odróżniamy *(Hesse)* trzy rozmaite postacie torbieli:

a) torbiele retencyjne (cysty follikularne wg. *Chiarisa,* mucocele itd.),
b) wrodzone dermoidy,
c) urazowe torbiele nabłonkowe.

Etiologia tych trzech postaci torbieli jest ściśle od siebie odgraniczona i różna.

T o r b i e l e r e t e n c y j n e są najczęstszym i najtypowszym guzem czaszki; występują zarówno w wieku średnim jak i późniejszym, kształtu są półkulistego, wielkości rozmaitej, występują pojedyńczo albo mnogo w różnych miejscach czaszki. Małe torbiele retencyjne charakteryzują się konsystencją twardą, duże — przeważnie miękką (chełbotanie), względem swojej podstawy są ruchome, a skóra nad nimi przesuwalna. Do grupy tej zaliczamy także mucocele czaszki, które pod wzglę-

dem mechanizmu powstawania są zupełnie podobne do torbieli nabłonkowych, jakkolwiek pewne szczegóły kliniczne różnią mucocele od innych torbieli.

D o w r o d z o n y c h d e r m o i d ó w należy zaliczyć właściwe dermoidy i epidermoidy; są to torbiele czaszki wyłącznie wrodzone. Występują rzadko, prawie zawsze pojedyńczo, charakteryzują się kształtem półkulistym. Skóra nad nimi jest nie zmieniona i przesuwalna. Wychodzą nie tylko z warstw właściwych skóry, lecz także z warstw głębiej położonych (galea aponeurotica, musculus epicranius), bardzo często z powierzchownych części kostnych, przez co powodują nie tylko wtórny zanik kości, lecz także powstrzymują we wzroście kostnym okostnę czaszki, połączoną z torbielą. Związek ten jest nieraz tak ścisły, że przy zabiegu musi się usunąć część kości, a ubytek pod dermoidem, względnie epidermoidem, tak znaczny, że widoczna jest odsłonięta opona twarda. Powstawanie dermoidów i epidermoidów należy odnieść niewątpliwie do płodowego oddzielenia się części zawiązków skóry, co zostało udowodnione histopatologicznymi obrazami ścian torbieli. Ściana wrodzonego dermoidu, zwykle znacznej grubości, składa się zasadniczo z elementów podstawowych skóry (gruczoły potowe, łojowe, torebki włosowe itd.), niekiedy jednak w niektórych miejscach ściany torbieli brak jest tych typowych elementów skóry. Badanie histopatologiczne ścian torbieli pozbawionych charakterystycznych i podstawowych elementów skóry wykazuje, jak to podnosi *König,* miękką tkankę łączną ze złogami olbrzymich komórek wielojądrzastych; uzewnętrznia się to już makroskopowo w postaci plamek koloru brązowego. W przeciwieństwie do dermoidów zbudowanych z elementów rozwojowo zupełnie wykształconej skóry — epidermoidy charakteryzują się tym, że składają się wyłącznie z komórek nabłonkowych (po większej części sześciennych), bez właściwych charakterystycznych składników skóry. Epidermoidy należy również odnieść do zaburzeń płodowych skóry; wykształcają się one z zarodków nabłonkowych, pozbawionych dodatkowych elementów skórnych. Również i w ścianach epidermoidów w miejscach pozbawionych nabłonka może występować olbrzymio-komórkowa tkanka ziarninowa *(Ribbert).* Oleista treść dermoidów i epidermoidów przypomina torbiele retencyjne *(Reinhold),* często zmieszana jest z elementami krwi, skutkiem czego przybiera barwę brązową lub czekoladową. Niekiedy treść torbieli ma charakter surowiczy, przez co daje często pole do pomyłek różniczkowych z przepukliną oponową (meningocele), z mucocele itd., szczególnie wtedy, gdy pod torbielą brak jest kości czaszki. Dermoidy i epidermoidy występują w typowych miejscach czaszki, najczęściej na zewnętrznej części brzegu oczodołowego i przyległej okolicy skroniowej, w wewnętrznym kącie oka, na gładziźnie i w okolicy nasady nosa. Oprócz tych typowych miejsc pojawiają się na podstawie jamy ustnej, w okolicy podszczękowej *(Cederbaum),* na mostku, przednim śródpiersiu, w okolicy pępka. *Wendriner* spostrzegał dermoidy mostka, pozostające w związku z pozostałościami grasicy. W jamie brzusznej najczęściej spotykamy je w krezce *(Cornis, Forster, Federmann, Sommer),* w sieci wyrostka *(Wilms),* zaotrzewnowo *(Kaposi),* w kanale pachwinowym *(Navaro)* i w sznurze nasiennym *(Wrede).*

Do grupy trzeciej zaliczamy wszystkie t o r b i e l e p o w s t a j ą c e s k u t k i e m u r a z o w e g o rozpryśnięcia się nabłonków skóry *(Reverdin, Garré, Hesse).* Zwrócono uwagę, że pod wpływem ciał obcych wnikających w nabłonek powstaje małe wydrążenie o charakterze tor-

bieli, z odczynowo utworzoną torebką włóknistą, wypełnione treścią ze złuszczonych nabłonków. Szereg autorów *(Kaufmann, Ribbert, Schweniger)* doświadczalnie wywoływało powstanie tego rodzaju torbieli. Należy podkreślić, że urazowe torbiele pod względem morfologicznym są zupełnie identyczne z epidermoidami. Występują przeważnie pojedyńczo, często znajdują się na podstawie jamy ustnej, łopatce, pośladkach i członku męskim.

M e c h a n i z m p o w s t a w a n i a m u c o c e l e łączy się ściśle z utrudnieniem odpływu śluzu z jam dodatkowych nosa wskutek ucisku guzów, lub procesów zapalnych dających jako zejście zrosty i zbliznowacenia. W przypadkach tych, wskutek utrudnionego odpływu śluzu z zatok dodatkowych jam nosowych, przychodzi w następstwie do rozszerzenia i rozdęcia zatok, najczęściej czołowej, rzadziej klinowej i sitowej: wskutek patologicznego zwiększenia się pojemności zatok przychodzi do zmian wstecznych w kośćcu czaszki. Zawartość mucocele składa się ze śluzu wydzielanego przez błonę śluzową zatok, często z domieszką elementów krwi. W następstwie zakażenia zawartość śluzowa mucocele przechodzi często w ropną (pyocele).

W początkowych okresach choroby rozpoznanie kliniczne jest trudne, skargi chorych mają charakter nieoznaczony i nieokreślony, po większej części odnoszą się do uczucia ucisku, bólu głowy, braku koncentracji myślowej itd. Radiogramy okolicy czołowej wykazują rozdęcie zatoki czołowej, przepuszczające promienie Rtg., przy klinicznych, fizykalnych objawach stłumienia. Dopiero w późniejszych okresach, kiedy mucocele osiąga dość znaczną wielkość, rozpoznanie kliniczne z uwzględnieniem badań dodatkowych jest łatwe. W każdym przypadku należy wykonać badanie laryngoskopowe. W przypadkach zaawansowanych spotykamy się często z ubytkami kostnymi.

Niżej przedstawiamy przypadek mucocele zatoki czołowej rzadkiej wielkości. *H. J. Williams* demonstrując na posiedzeniu Amerykańskiego Towarzystwa Oto-laryngologów przypadek mucocele zatoki czołowej znacznie mniejszy od naszego, podkreśla, że jego przypadek jest największy z opisanych w piśmiennictwie amerykańskim.

Chora J. K. lat 55, zamężna, rolniczka. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Obecna choroba rozpoczęła się przed 10 laty bólami w kościach twarzy, żuchwy, szczęki górnej oraz kości czołowej. Przed dwoma laty chora zauważyła guzek ponad prawym oczodołem po stronie nosowej w pobliżu nasady nosa. Guz stopniowo powiększał się aż do wielkości pięści, rozpychając kości, zajmując całą przestrzeń pomiędzy oczodołami, rozsuwając gałki oczne na boki. Chora widziała coraz gorzej. Kilkakrotnie zwracała się do miejscowego lekarza, który guz punktował. Ponieważ stan chorej nie poprawiał się, zgłosiła się do Kliniki. Od początku choroby chora ma węch upośledzony, słuch utrzymany, czuje się osłabiona, dużo sypia, apetyt upośledzony, stolec zaparty, mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: chora wzrostu niskiego, odżywienia lichego; budowa kośćca delikatna, skóra brunatna, wiotka, o podściółce tłuszczowej zanikłej, naczynioruchowo nie pobudliwa. Głowa prawidłowo ustawiona, ruchomość ku przodowi nieco ograniczona, ku tyłowi dobra. Czaszka symetryczna, nieco bolesna na opukiwanie, wyrostki sutkowe bez zmian. Nerwy czaszkowe V i VII bez zmian. Nos drożny. Gałki oczne ustawione na boki, źrenice równe, okrągłe, na światło i akomodację miernie reagujące. Szyja bez zmian. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian.

Stan miejscowy: W zakresie czoła stwierdza się guz wielkości pięści dziecka, ku dołowi sięgający do połowy grzbietu nosa, ku bokom symetrycznie do kątów zewnętrznych powiek, ku górze nie dochodzi na 3 cm. do owłosionej części głowy. Skóra nad guzem nie zmieniona, przesuwalna, widoczna siatka rozszerzonych naczyń żylnych. Obmacywaniem — guz o konsystencji elastycznej, powierzchni gładkiej, nie bolesny (rys. 1a, b).

Badanie krwi: ciałek czerwonych 3,010,000, ciałek białych 3,800, leukocytów neutr. segm. 62,4%, leukocytów eozyn. 2,8%, tucznych 1,2%, limfocy-

Rys. 1a.

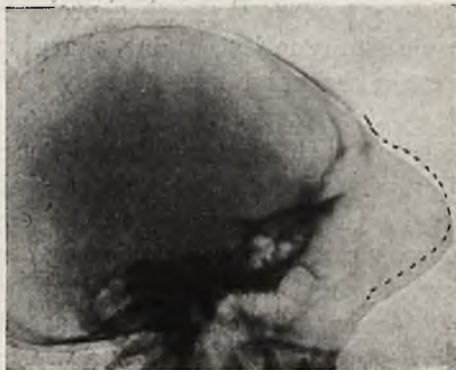
Rys. 1b.

tów 33,2%, monocytów 0,4%. Mocz bez zmian patologicznych. Badanie okulistyczne: cataracta senil. incipiens oculi. Fundus normalis oculi. Visus 6/18. Presbyopia.

Badanie rentgenowskie (dr Streit): Radiogramy jam bocznych nosa (rys. 2 a, b) wykazują

Rys. 2a.

torbielowate rozdęcie zatok czołowych, w obrębie których brak przegródek kostnych. Ukształtowanie zatok czołowych zmienione przez rozdęcie obwodowych ścian. Przy wspomnianych zmianach zarysy tych jam są ostre i nie wykazują cech zniszczenia tkanki kostnej, ani też zmian okostnych. Jedyną zmianą uciskową w układzie kostnym jest przemieszczenie kości nosowych w kierunku kranialnym — umiejscowiają się one w linii środkowej czaszki prawie na wysokości guzów czołowych. Boczne ograniczenie rozdętej prawej zatoki czołowej sięga prawie zewnętrznego górnego kąta oczodołu, lewa zatoka czołowa mniej rozdęta,



Rys. 2b.

przekracza w lewo o 1½ cm górny wewnętrzny kąt oczodołu lewego. Komórki sitowe tak samo

Rys. 3a.

Rys. 3b.

wykazują brak przegródek kostnych, jak i zatoki czołowe. Siodełko tureckie, zatoka klinowa, jamy szczękowe bez zmian. Mimo wspomnianych zmian, jamy czołowe i sitowe są dla promieni przepuszczalne (lekkie przyćmienie).

Zabieg operacyjny (prof. dr T. Ostrowski): W znieczuleniu miejscowym 1% nowokainą z dodatkiem adrenaliny, cięciem przebiegającym przez szczyt guza w linii środkowej ciała od połowy czoła do nasady nosa, otwarto torbiel, z której wydobyła się treść śluzowa barwy zielonobrunatnej. Po usunięciu płynu ukazała się jama wielkości pięści, wyścielona tkanką łączną; na dnie widoczne tętnienie. Przednią ścianę torbieli usunięto, wycinek posłano do badania. Ranę zeszyto szwem dwuwarstwowym, w dolnym biegunie pozostawiono pęczek catgutu. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rys. 3a i b przedstawiają chorą po zabiegu operacyjnym.

Badanie histopatologiczne torbieli: Ściana torbieli zbudowana jest ze zbitej, częściowo szklistej tkanki łącznej, wyścielona jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym. W ścianie blaszka kostna.

Każdy przypadek mucocele zatoki czołowej należy traktować pod względem operacyjnym ściśle indywidualnie, uwzględniając wielkość zmian miejscowych, zniszczenie blaszki kostnej zatoki czołowej itd. Wybór i sposób metody operacyjnej należy dostosować do każdego przypadku. Doświadczeniu osobistemu operatora należy zostawić wybór metody, czy to na drodze endonasalnej, czy też na drodze radykalnej sposobem *Riedela, Killiana, Ritter-Jansena,* względnie *Kuhnta.* W naszym przypadku ze względu na podeszły wiek chorej, zły stan ogólny i duże zmiany miejscowe, polegające na zupełnym zniszczeniu zatoki czołowej, wykonano zabieg najprostszy, polegający na usunięciu dużej części śluzówki, stwarzając tym samym dogodniejsze warunki dla zmniejszenia wydzielania śluzu.

Szereg autorów, m. in. *Williams* stara się stworzyć przy operacji mucocele zatoki czołowej kanał sztuczny z błony śluzowej, łączący zatokę czołową z jamą nosową, stwarzając tym samym dogodne warunki dla odpływu śluzu. *Williams* opisując swój przypadek słusznie podnosi, że największą trudność stanowi zbudowanie i utrzymanie kanału przydatnego dla stałego drena-

żu zatoki czołowej, a w tym celu zakłada do stworzonego kanału na 24 godziny tampony gazowe z wazeliną. Według jego doniesienia sposób ten zabezpiecza przed możliwością powstania zrostów powodujących obliterację sztucznych kanałów.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Wojciechowski:* Chirurgia, T. I, str. 20, 148, 189, 216. 2. *Garré - Küttner - Lexer:* Handbuch der praktischen Chirurgie, Bd. I S. 47. 3. *Kirscher - Nordmann:* Chirurgie II B. S. 187, 794. 4. *Demel:* Diagnostik chirurgischer Erkrankungen S. 9. 5. *Rutkowski:* Chirurgia, T. III, str. 655, 472, 479. 6. *Williams H. L.:* Mucocele of the left frontal sinus. Proceedings of the Staff Meedings of the Mayo Clinic. R. 1937, str. 665.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Centralnego Ubezp. Społ. w Sosnowcu.
Ordynator: *Dr M. Trawiński.*

Przypadek wady rozwojowej moczowodów, powikłany roponerczem i kamicą

podał

Marian Buchacz.

Wady rozwojowe moczowodów (a co za tym idzie i nerek) są anomalią mniej rzadką niżby się zdawało. Zdarza się dość często, że narządy te ulegają wtedy rozmaitym schorzeniom, jak to podkreślają: *Adrian, Lichtenberg, Burghele, Kelternborns, Szerszyński* i ini. Na ogół przyjęto nawet, że dzieje się to względnie łatwo; należy dopatrywać się pewnego usposobienia wadliwie rozwiniętych nerek do zachorowań *(Laufer — 22,9%, Endelman, Gilels, Franck, Mayo, Braasch — wg. Laufera).*

W obrazie klinicznym spostrzegamy wtedy w poszczególnych przypadkach niezwykłe objawy, wymagające specjalnej interpretacji. Jeden taki przypadek mieliśmy możność obserwować niedawno [1]).

Chory K. H. lat 49, urzędnik, zgłosił się na Oddział 1.VII 1937 r. z powodu datujących się od kilku dni dolegliwości w obu okolicach lędźwiowych. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie miał. Od 1924 r. leczył się z powodu lewostronnej kamicy nerkowej, która dawała znak o sobie silnymi napadami bólowymi, początkowo raz na 2 lata, później co 6 — 12 miesięcy, a ostatnio od stycznia r. b. raz na 2 — 4 tygodnie. Bóle po stronie prawej pojawiły się po raz pierwszy i mają charakter podobny, o nasileniu jednak wyraźnie słabszym. W międzyczasie odeszły 3 drobne kamienie.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: stan ogólny chorego — dobry. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej b. z. Nieznaczna bolesność uciskowa brzucha w okolicy obu nerek i żywa reakcja na ostukiwanie okolicy lędźwiowej lewej. Ciepłota podgorączkowa.

B a d a n i e m o c z u (wielokrotne) wykryło: obecność substancyj białkowych 0,4 — 0,9°/₀₀, bardzo liczne ciałka białe i pojedyncze ciałka czerwone. Ciężar moczu i oddziaływanie prawidłowe.

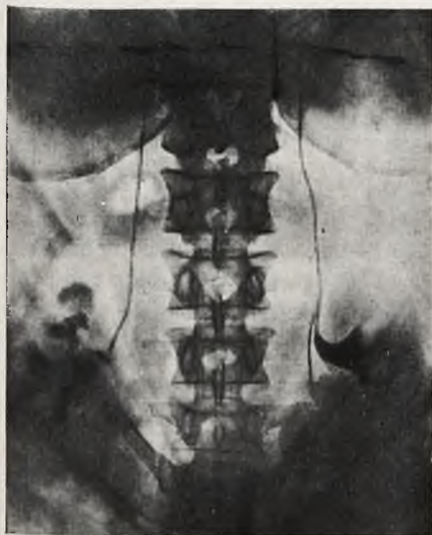
B a d a n i e r a d i o l o g i c z n e. Po podaniu dożylnym tenerbilu: zarysy miedniczki, kielichów i miąższu nerki prawej prawidłowe. Moczowód rozgałęziony w krótkim górnym odcinku, tworzy kształt litery Y. Po stronie lewej zarysy nerki powiększone. Miedniczki i kielichy rozszerzone nieprawidłowo, tworzą jakby jamy, w

[1]) Pokazywany w Tow. Lekarskim Zagł. Dąbr. dnia 22.IX 1937 r.

których zalega płyn kontrastowy i widać cienie kamieni (rys. 1).

W z i e r n i k o w a n i e p ę c h e r z a (z podaniem dożylnym indygokarminu) wykryło właśnie okoliczności osobliwe. Ujście moczowodu prawego położone w miejscu typowym, wydziela barwnik w sposób prawidłowy. Po stronie lewej 2 ujścia moczowodowe, jedno cieńsze, drugie grubsze, leżą nad sobą w odległości nie większej jak 1,5 cm. Z ujścia mniejszego, położonego ku dołowi i na wewnętrz, barwnik pokazał się w swoim czasie i o dobrym natężeniu, z górno-bocznego natomiast wypływa ciecz o wyglądzie moczu, zmieszanego z ropą. Poza tym pęcherz beleczkowaty, błona śluzowa dna przekrwiona.

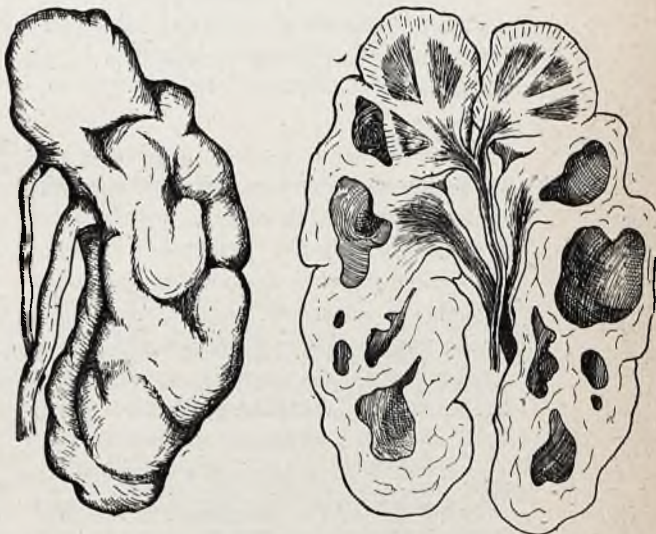
P y e l o g r a f i a w s t ę p u j ą c a (tenebril) dała obraz pokrywający się z wynikiem pierwszego badania z tym, że cewnik moczowodowy po stronie lewej udało się wprowadzić tylko do grubszego otworu moczowodowego.



Rys. 1.

Rozpoznanie ustalono jako *kamicę nerki lewej z zakażeniem ropnym i wadę rozwojową moczowodów obustronną:* po stronie prawej rozgałęzienie moczowodu w górnej części, po stronie lewej moczowód podwójny. Chorego poddano operacji dnia 10. IX. Uśpienie eterowe. Dostęp do nerki lewej z cięcia Israela. Nerka powiększona; przy obmacywaniu stwierdza się parę wielkich jam, wypełnionych cieczą i zawierających kamienie. Górna, niewielka tylko część nerki robiła wrażenie zdrowej. Podczas wydzielania moczowodu stwierdzono, że jest on podwójny — jeden, cieńszy, prowadził do tej właśnie zdrowej na wygląd części nerki, drugi miał grubość prawidłową. Nerkę usunięto w sposób typowy po zaopatrzeniu kikutów obu moczowodów, po czym ranę zeszyto warstwowo z pozostawieniem małego sączka gazowego. Przebieg pooperacyjny gładki. Chory wyzdrowiał.

Po rozcięciu usuniętej nerki okazało się, że istotnie większa jej część składała się z szeregu jam wypełnionych ropą, w których, prócz tego, zalegały mniejsze i większe kamienie. Miąższ tej części nerki był



Rys. 2.

zupełnie zniszczony. Natomiast górna, nieproporcjonalnie mniejsza część nerki, na przekroju wyraźnie oddzielająca się w postaci osobnego płata, miała miąższ o wyglądzie prawidłowym (potwierdziło to badanie mikroskopowe). Dwie miedniczki, jedna większa, druga mniejsza (górna) i dwa moczowody — opisane wyżej (rys. 2).

Jak widzimy mamy tutaj obraz wady rozwojowej moczowodu i nerki — typ nerki podwójnej z dwoma moczowodami. Wobec tego staje się zrozumiałe zjawisko uzyskane podczas wziernikowania pęcherza. Z ujścia położonego niżej stwierdzono wydzielanie się moczu intensywnie zabarwionego indygokarminem, gdyż był to mocz, wypływający przez cienki moczowód z „płata" górnego nerki, czyli z jej części zdrowej. Mocz mętny, ropiasty, bez domieszki barwnika, wyciekał z ujścia wyżej położonego, przez grubszy, osobny moczowód, pochodzący z części chorej. Po stronie prawej, jak wykazało badanie radiologiczne, mamy w tym przypadku moczowód rozszczepiony, co pozwala rozpoznać wadę złożoną.

Nerkę usunięto w całości, gdyż prawdziwy obraz podziału na część chorą i zdrową dokładnie można było ustalić dopiero na przekroju.

Rozpoznawanie wad rozwojowych moczowodów do niedawna było możliwe tylko podczas zabiegu lub badania pośmiertnego i stanowiło jedynie przedmiot dociekań embriologicznych i anatomicznych. Ostatnio, dzięki rozwojowi techniki badania układu moczowego, wykrycie wady i jej określenie stało się względnie łatwe i częstsze *(Adrian i Lichtenberg, Hutter i Sgallitzer, Boeckel i Franck).* Odsetek ścisłych rozpoznań klinicznych jest większy od wyników sekcyjnych. Tłumaczy się to zmniejszoną wartością biologiczną narządu wadliwie rozwiniętego ze zmienionymi stosunkami anatomicznymi. *Mayo* na 649 przypadków operowanych zaobserwował 26 z wadami rozwojowymi. *Fiodorow* na 558 — 17 przypadków (według *Gilelsa).* Wg. *Heckenbacha* nierównoległa perystaltyka moczowodów podwójnych przyczynia się do zastoju moczu i następowych zaburzeń.

Nieprawidłowości moczowodów sprowadzają się wedle ogólnie przyjętej zasady do liczby, średnicy, postaci i miejsca ujścia *(Marion* i inni). Odnośnie do liczby rozróżniamy: 1) moczowód rozszczepiony (urether fissus) i 2) moczowód podwójny (urether duplex). Moczowód rozszczepiony przedstawia się w kształcie litery Y i ma jedno ujście pęcherzowe. Moczowód podwójny ma 2 ujścia. W myśl t. zw. prawa *Weigert - Meyera* dolne i przyśrodkowe ujście odpowiada górnej miedniczce, górne i boczne — dolnej. Prawo to, zdaniem *Papina,* jest stałe. W niektórych przypadkach ujście dodatkowego moczowodu może leżeć poza pęcherzem: stercz, cewka moczowa, pochwa itp. *(Verliac, Allenbach)* lub kończyć się ślepo w jego ścianie *(Marion, Adrian — Lichtenberg).* Wady moczowodów mogą być dwustronne. Która z nich występuje częściej — na podstawie zestawień różnych autorów wypada rozmaicie: *Mayo, Braasch i Scholl* zaobserwowali w 68% rozszczepienie, w 25% natomiast zdwojenie zupełne (według *Burghele).*

W obydwu wymienionych typach moczowody wpadają do oddzielnych miedniczek; odnośne nerki nazywamy wtedy podwójnymi. Ta podwójność nerki może być wyraźnie zaznaczona, gdy pomiędzy dwoma częściami (płatami nerki) widzimy przegrodę łącznotkankową, lub też oba odcinki zlewają się ze sobą w jednolitą całość.

Zdwojenia moczowodów nie należy zaliczać do wad wstecznych; są to zaburzenia rozwojowe z 4. — 5. tygodnia życia płodowego. Wtedy to z tylnej ściany przewodu Wolffa, według *Feliksa,* w miejscu połączenia jego ze stekiem odchodowym powstaje t. zw. pączek moczowodowy, który rozwija się w kierunku tkanki nerkotwórczej (blastemu nerki). Dwa zawiązki moczowodów, 2 pączki moczowodowe po jednej stronie płodu są powodem powstania drugiego moczowodu. Każdy moczowód w warunkach prawidłowo przebiegających dzieli się

w pobliżu nerki na t. zw. dwa wielkie kielichy; jeżeli podział ten nastąpi nieco niżej, powstaje moczowód rozszczepiony. Każdy z moczowodów pobudza otaczającą go tkankę nerkotwórczą, która jest pochodzenia mezodermalnego, do tworzenia oddzielnej nerki. W ten sposób powstaje nerka podwójna *(Endelman)*. Chociaż wyglądają one jak jedna, ale obie części rozdzielone są pasmem tkanki łącznej i są niezależne od siebie pod względem czynnościowym, co potwierdza anatomia, fizjologia i klinika. Podwójności moczowodów odpowiada podwójność gruczołowa i wobec tego mówiąc o moczowodzie podwójnym ma się na myśli również nerkę podwójną *(Guyot* i *Jeanneney)*. Rozpoznanie wad układu moczowego przy dzisiejszym postępie metod badania stało się łatwiejsze. O ile jednak stwierdzenie moczowodu podwójnego jest bądź co bądź nietrudne, o tyle wykrycie rozszczepienia nasuwa większe trudności.

Boeckel, Papin, Leynen i *Maingot* (wg. *Leńki)* radzą wykonywać pyelografię wstępującą, wstrzykując płyn kontrastowy na wysokości kilku centymetrów od ujścia moczowodu do pęcherza, które zazwyczaj leży w miejscu prawidłowym. Niezależność układu każdego z moczowodów pozwala czasem uzyskać różny mocz z tego samego ujścia *(Marion)* i z góry wykreślić plan postępowania, które, w miarę możności, winno sprowadzać się do usunięcia jedynie zmienionej części nerki (heminephrectomia).

W naszym wypadku zjawisko zaobserwowane podczas wziernikowania pęcherza pozwalało przypuścić obecność wady rozwojowej powikłanej kamicą, co potwierdziło dokładne zbadanie usuniętej nerki. Przypadek ten zasługuje również na uwagę, ponieważ mamy tu do czynienia z wadą rozwojową złożoną (z jednej strony moczowód podwójny, z drugiej — rozszczepiony), bardzo rzadko przytaczaną w piśmiennictwie.

PIŚMIENNICTWO.

1) *Adrian und v. Lichtenberg:* Die klinische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Harnleiters und des Nierenbeckens. Zeitschr. f. urol. Chirurgie. N. 1. 1913, 2) *Allenbach, Boeckel et Franck:* Uretère surnuméraire borgne. Journal d'Urologie. T. XXI, z. 1. 1926, 3) *Boeckel et Franck:* Étude générale de l'uretèro-pyélographie et de ses résultats d'après 575 cas. Lyon Chirurgical. T. XXVII N. 1. 1931, 4) *Burghele:* Contribution a l'étude des anomalies réno-uretèrales. Lyon Chirurgical. T. XXX N. 4. 1933, 5) *Endelman:* O podwójnych nerkach i moczowodach. Pol. Przegl. Chir. T. VIII z. 2. 1934, 6) *Frangenheim u. Wehner:* Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Kirschner, Nordmann. Die Chirurgie. 1927, 7) *Gilels:* Przyczynek do wrodzonych wad nerek. Pol. Przegl. Chir. T. VIII z. 6. 1934, 8) *Guyot-Jeanneney:* Étude physio-pathologique d'un rein à uretère double. Journal d'Urologie. T. XV z. 2. 1923, 9) *Heckenbach:* Die Heminephrectomie bei Erkrankungen der Doppelniere. Ztbl. f. Chir. N. 46. 1928, 10) *Hutter u. Sgalitzer:* Zur röntgenologischen Darstellung der Nieren und Harnwege. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. T. XLI z. 6. 1930, 11) *Kelternborns:* Beiderseitige Ureter duplex und calculi renis. Ztbl. f. Chir. N. 1. 1938, 12) *Laufer:* O kamicy przy wadach rozwojowych nerek i moczowodów. Chirurg Polski. N. 10. 1937, 13) *Leńko:* Przyczynek do chirurgii nerki z wadą rozwojową moczowodu. Pol. Przegl. Chir. T. V z. 3. 1926, 14) *Marion:* Traité d'Urologie. 1928, 15) *Papin:* Les uretères doubles et la loi de Weigert. Journal d'Urologie. T. XXV z. 4. 1928, *idem:* Sur un cas d'uretère double dont l'un est aveugle. Journal d'Urologie. T. XXV z. 5. 1928, *idem:* Sur la bifidité uretèrale. Journal d'Urologie. T. XXIII z. 2. 1927, 16) *Szerszyński:* Kamica nerki z podwójną miedniczką. Medycyna. N. 2. 1937. (Spraw. z posiedz. klin.), 17) *Verliac:* Anomalies réno-uretèrales. Journal d'Urologie. T. XXII z. 6. 1926.

Ze Szpitala Św. Ducha w Łomży.

Przypadek przepukliny przeponowej uwięźniętej, powikłanej przedziurawieniem dna żołądka

podał

Dr Mieczysław Wyszogrodzki

Dyrektor Szpitala.

Przepuklina przeponowa, zarówno wolna jak i uwięźnięta, pomimo bardzo licznych publikacyj kazuistycznych oraz prac systematycznych, przedstawia duże trudności rozpoznawcze. O zainteresowaniu przepukliną przeponową świadczy choćby roczna ilość publikacyj w prasie lekarskiej całego świata, wahającą się od 40 do 70. W Niemczech w roku 1925 przepuklina przeponowa była tematem 5 rozpraw doktorskich. Kongres chirurgów francuskich w roku 1935 obrał za temat programowy chirurgię przepony, a zwłaszcza przepukliny przeponowej.

Przy przeglądaniu piśmiennictwa daje się zauważyć, że przepuklina przeponowa bywa dość często „niespodzianką", odkrywaną dopiero na stole sekcyjnym (przyp. *H. Seidla* r. 1927, *Bardenheuera* 1927 i wielu innych). Objawy przepukliny przeponowej wolnej zależą przede wszystkim od jej rozmiarów. Małe przepukliny, gdy do jamy klatki piersiowej przedostaje się odcinek żołądka, jelita grubego lub cienkiego, cypel sieci, śledziona — dają przy niezbyt małym otworze w przeponie niewyraźne, nieregularne bóle w okolicy łuku żebrowego lewego, czasem lekkie trudności oddechowe po intensywnych wysiłkach (bieg, skok, dźwignięcie ciężaru itp.). Obiektywne stwierdzenie przepukliny przeponowej za pomocą prześwietlenia jest w tych przypadkach niemożliwe.

Dużo łatwiej jest rozpoznać przepuklinę przeponową wolną większego rozmiaru, zwłaszcza taką, która daje objawy przemieszczenia, względnie ucisku płuca lub serca wraz z zaburzeniami krążenia i oddechowymi. Opukiwanie i osłuchiwanie, a zwłaszcza wysłuchanie perystaltyki jelit w zakresie lewej połowy klatki piersiowej, może zdecydowanie nasunąć rozpoznanie przepukliny przeponowej. Jeśli znajdzie się wysoko ustawiony cień żołądka w obrazie rentgenowskim, odgłos bębenkowy w terenie dolnego płatu płuca lewego albo również stłumienie od tyłu i w dole lewej połowy klatki piersiowej, zwłaszcza jeśli objawy kliniczne pozwalają wyłączyć wysięk, względnie odmę opłucną, należy pomyśleć o przepuklinie przeponowej.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego występują w przepuklinie przeponowej o typie bólów w czasie i bezpośrednio po jedzeniu, jako gniecenia i tępe bóle w lewym nadbrzuszu i w dolnym odcinku klatki piersiowej (żołądek), lub jako napadowe wzdęcia, zatrzymania wiatrów i zaparcia stolca (poprzecznica, zagięcie śledzionowe okrężnicy).

Łatwiejsze jest rozpoznanie przepukliny zupełnie lub częściowo uwięzłej. Najczęściej rozpoznaje się wtedy ostrą lub podostrą niedrożność o typie, w zależności od poziomu uwięźnięcia (żołądek, jelito cienkie, okrężnica), niedrożności jelita cienkiego lub grubego.

Pewne dane rozpoznawcze w kierunku obecności przepukliny przeponowej nasunąć może dokładny wywiad co do urazu

przepony bezpośredniego (postrzał, rana przepony) lub pośredniego (uraz tępy, wybuch, upadek). Jednak mimo dokładnego wywiadu chory może nie pamiętać i nie podać urazu, tak jak w przypadku *Haudecka*, gdzie chory po pokazaniu mu zdjęcia rentgenowskiego, wykazującego obecność kuli w przeponie, przypomniał sobie, że przed 30-tu laty był postrzelony.

Do ustalenia rozpoznania przepukliny przeponowej bardzo wiele może dać obraz rentgenowski klatki piersiowej i jamy brzusznej. Wysokie ustawienie przepony i jej nieruchomość w stosunku do drugiej strony, przemieszczenie serca i płuca oraz delikatne, ledwie uchwytne niekiedy zarysy pętel jelitowych, komory gazowej żołądka, a zwłaszcza przedostawanie się kontrastu ponad przeponę jest pewnym dowodem istnienia przepukliny przeponowej. Wynik negatywny prześwietlenia nie wyłącza obecności przepukliny przeponowej.

O trudnościach rozpoznawczych najlepiej świadczy przypadek obserwowany w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. *(prof. Z. Radliński)*.

Chora W. M., lat 26, przyjęta do II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w dn. 30.IV 36 o g. 12-ej z rozpoznaniem: *pneumohydrothorax sin.*, *subileus*. Chora przybyła do I Klin. Wewnętrznej w dn. 29.IV 36. Choruje od 10 dni. Choroba zaczęła się bólami w dołku podsercowym, uciskiem w klatce piersiowej po stronie lewej, nudnościami. Wystąpiło zatrzymanie wiatrów i stolca,wzdęcie brzucha i bolesność w prawym podbrzuszu. Stosowano lawatywę 2 — 3 razy dziennie, sól gorzką i wstrzykiwania morfiny. 4 dni przed przybyciem do Kliniki stan chorej gwałtownie się pogorszył — wystąpiła duszność, sinica ust i kończyn, wymioty i zatrzymanie wiatrów i stolca. Nie gorączkowała. Mocz oddaje prawidłowo. Nie kaszlała, na choroby płucne nie chorowała. Ostatni period przed 5 dniami. W 16 r. życia ropień okołowyrostkowy, nacięty w Szpitalu w Grudziądzu; w 2 lata później usunięto wyrostek robaczkowy. Przed 4 laty spadła z wozu, padając na prawy bok — leżała 2 dni w łóżku. Od 3 lat ma po większych wysiłkach gniecenie w dołku, niekiedy tępe bóle bezpośrednio po jedzeniu. Stolce zaparte, co 2 — 3 dni oraz stałe wzdęcia brzucha. Przed 3 laty była badana ambulatoryjnie i prześwietlano przewód pokarmowy — żadnych zmian w zakresie przewodu pokarmowego nie znaleziono. W I Klinice Wewnętrznej U. J. P. wykonano 30.IV 36 rano zdjęcie klatki piersiowej oraz podano nieco papki kontrastowej.

W y n i k b a d a n i a r e n t g e n o w s k i e g o: Znaczne przesunięcie serca w prawo — odma śródopłucnowa po stronie lewej z niewielką ilością płynu. Przepona ustawiona wyżej niż po stronie prawej. Po podaniu papki kontrastowej żołądek wypełnia się — jest mały i przesunięty w lewo.

S t a n o b e c n y: Chora wzrostu wyżej średniego, budowy dość mocnej, odżywienie dobre. Przytomna, oddycha z trudem, męczy się przy mówieniu, robi wrażenie ciężko chorej. Tętno 120, miarowe, dobrze napięte i wypełnione. *Głowa:* źrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność reagują. Sinawe rumieńce na policzkach. Nos drożny. Język podsychający ze śladem papki barytowej. *Szyja* — bez zmian. *Klatka piersiowa* symetryczna, lewa połowa więcej wysklepiona, powłóczy przy oddechu. *Płuca:* po stronie lewej wypuk bębenkowy nad całą połową klatki piersiowej. W dole stłumienie sięgające 2 palce poniżej kąta łopatki lewej. Szmerów oddechowych nie słychać — słychać tylko tętnienie serca. Nad prawym płucem wypuk prawidłowy, szmery oddechowe zaostrzone. *Serce* przesunięte w prawo, uderzenie koniuszkowe rozlane, wyczuwa się w prawej linii mostkowej. Tony cichawe, akcja miarowa, szmerów dodatkowych nie wysłuchuje się. *Kręgosłup* prosty, nie bolesny na uderzenie i ucisk. *Brzuch:* podściółka tłuszczowa obfita; równolegle i powyżej prawego więzadła Pouparta blizna linijna blada, długości 15 cm. Brzuch równomiernie wzdęty, symetryczny. Stawiania się jelit nie stwierdza się. Obmacywaniem stwierdza się bolesność niedużego stopnia na całym brzuchu, nieco większą w dołku podsercowym. Obrony mięśniowej brak. Objaw Blumberga nieobecny; stłumienie wątroby zachowane w granicach normy. Opukowo odgłos bębenkowy na całym brzuchu, osłuchowo — szmerów perystaltycznych nie słychać. Od czasu do czasu przelewania z odcieniem metalicznym w obrębie blizny. *Badanie per rectum:* ampulla nie wzdęta, zatoka Douglasa niebolesna. *Kończyny:* na paznokciach lekka sinica.

O godz. 13. wykonano nakłucie lewej jamy opłucnowej w linii pachowej przedniej w IV międzyżebrzu aparatem do odmy opłucnowej. Ciśnienie początkowe + 32 mm; wypuszczono gazu 300 cm³. Ciśnienie końcowe + 4 mm. Po wypuszczeniu gazu duszność nieco zmalała. Wykonano płukanie żołądka, wydobywając około 150 cm³ treści płynnej zabarwionej papką barytową. Pojemność żołądka około 200 cm³. Lawatywa głęboka z 1½ litra wody — wyszła czysta woda i nieco gazów. Wzdęcie brzucha zmalało nieco. Środki nasercowe co 3 godz.

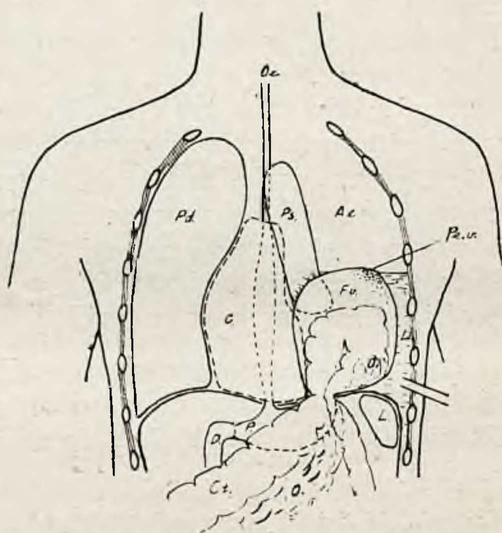
Godz. 19. Stan chorej ciężki — duszność większa. Wstrzyknięto 100 cm³ 20% glukozy + 1 amp. digipuratu. Godz. 21. Ponowne nakłucie lewej opłucnej. Wypuszczono około 50 cm³ gazu bezwonnego. Tlen do oddychania. 1.V 36, godz. 2. Lekarz dyżurny kliniki ze względu na nasilającą się duszność wykonał ponowne nakłucie opłucnej lewej w V międzyżebrzu w linii pachowej przedniej, wypuszczając nieco gazu. Godz. 7,30. Stan chorej b. ciężki. Tętno 150, ledwie wyczuwalne. Sinica dużego stopnia ust, twarzy i kończyn; wykonano ponowne nakłucie opłucnej lewej, wydobywając dużą ilość gazu i płynu wodnistego jasno-brunatnego w ilości około 150 cm³. Igłę umocniono przylepcem, a dren gumowy łączący igłę zanurzono w kolbie z rozczynem fizjologicznym. Nieznaczna poprawa. Godz. 10. Sinica i duszność nasilają się. Stan chorej bardzo ciężki. Wstrzyknięcie dożylne 100 cm³ 20% glukozy z digipuratem.

Zabieg operacyjny (dr. Wyszogrodzki): W znieczuleniu miejscowym ½% polokainą z cięcia skórnego długości około 6 cm. założono w VII międzyżebrzu w linii pachowej lewej przetokę opłucnową uszczelnioną, połączoną z kolbą z płynem fizjologicznym. Użyto drenu średnicy 8 mm. Wydostało się około 260 cm³ płynu wodnistego jasnobrunatnego. Stan chorej uległ wyraźnej poprawie.

Badanie płynu: Oddziaływanie zasadowe, białka — minimalny ślad, cukier nieobecny. Barwników żółciowych nie stwierdza się. Krew utajona wybitnie dodatnia. Osad: 15 — 20 leukocytów w polu widzenia. Drożdże i liczne sarciny, śluz, bezpostaciowy detryt.

Godz. 14. Stan chorej b. ciężki. Z drenu wydostaje się powietrze i nieco płynu. Brzuch bez zmian. Inj. cardiaca co 3 godz., tlen. Godz. 18. Chora zmarła wśród objawów duszności i niedomogi krążenia. 15 minut przed śmiercią zwymiotowała około 50 cm³ treści podobnej do treści znajdującej się w opłucnej lewej.

W podanym powyżej przypadku rozpoznanie przepukliny przeponowej uwięźniętej nasuwało się od chwili stwierdzenia niedrożności i odmy opłucnowej po stronie lewej, tym bardziej, że początek choroby był ostry i na czoło obrazu wybijały się objawy niedrożności. Rozpoznanie ugruntowało wydobycie z opłucnej płynu o charakterze treści żołądkowej. Ze względu na ciężki stan chorej i późne zgłoszenie się do leczenia (5 dni po przebiciu dna żołądka i wystąpieniu odmy opłucnowej) ograniczono się jedynie do uszczelnionego drenażu lewej opłucnej. Badanie sekcyjne potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Stosunki anatomiczne ilustruje rys. 1.



Rys. 1. Hernia diaphragmatica incarcerata. Perforatio fundi ventriculi. Pneumohydrothorax sin. P. d. — płuco prawe. P. s. — płuco lewe. C. — serce. Oe. — przełyk. P. — odźwiernik. D. — dwunastnica. F. v. — dno żołądka. Ct. — poprzecznica. O. — sieć. Pe. v. — otwór w żołądku. Ae. — powietrze. L. — śledziona.

TECHNIKA OPERACYJNA

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Nowy gwóźdź do zespalania szyi kości udowej

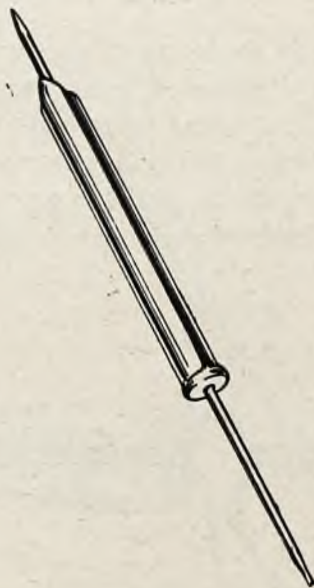
podał

Dr Tadeusz Sokołowski
Kierownik Instytutu.

Gwóźdź Smith-Petersena wykazał w praktyce różne braki: na początku wbijania ma tendencję do ześlizgiwania się; wyjmowanie tego gwoździa wymaga uchwycenia całej jego główki, w razie więc wbicia gwoździa aż do końca do wyjęcia trzeba wytrepanować kość poniżej główki gwoździa. Poza tym w razie użycia jako instrumentu kierowniczego gwoździa Steinmanna nie można wbić gwoździa S.P. centralnie wobec gwoździa kierowniczego, lecz obok: taka technika może prowadzić w niektórych przypadkach do odchylenia główki od szyjki, tj. zmiany uzyskanego i utrwalonego gwoździem kierowniczym ustawienia odłamków, a ponadto zmusza do zawiłego i niepewnego obliczania potrzebnej długości gwoździa. Tylko przy centralnym wbiciu długość gwoździa kierowniczego będzie się zgadzać z długością gwoździa do zespolenia szyi k. udowej.

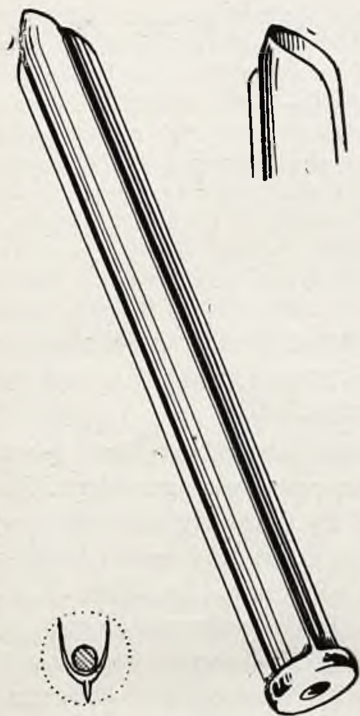
Starano się zaradzić brakom albo przez modyfikacje główki, ułatwiające jej wyjmowanie, albo za pomocą utworzenia kanału pomiędzy blaszkami gwoździa *(Johansson)*. Wprawdzie rozwiązano w ten sposób problem centralnego wbijania gwoździa, ale tylko przy użyciu drutu kierowniczego, a taka technika okazała się niedobra. Drut wygina się w kości niekiedy już podczas wprowadzania, a wtedy następuje zatarcie go w kanale gwoździa; gwóźdź może popchnąć podczas wbijania drut, może go wreszcie wygiąć i popchnąć, a wówczas można wyjąć drut tylko razem z gwoździem. Ale nawet dobrze wprowadzony drut nie utrzymuje dobrze odłamków, mogą one ulec przemieszczeniu, a drut wygięciu wtórnemu.

Stosowanie jako kierownika gwoździa Steinmanna podał pierwszy *Zeno*. Sposób ten przyjął się u nas szybko; tylko gwóźdź Steinmanna gwarantuje dobre czasowe utrzymanie odłamków i nie ulega przy tym wygięciu. Do rozwiązania techniki pozostawało tylko zbudowanie gwoździa dającego się wbić centralnie w stosunku do gwoździa Steinmanna (rys. 1).

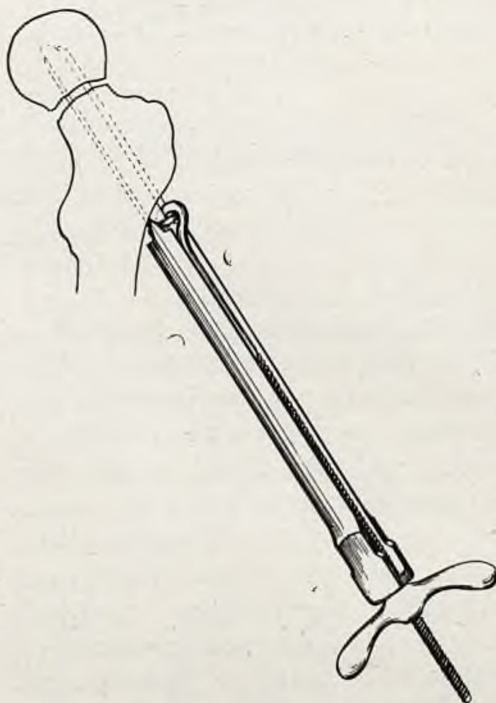


Rys. 1.

Nowy gwóźdź (rys. 2) wytoczony z jednego kawałka stali nierdzewnej, posiada powierzchnię styku blaszek nieco nawet większą niż typowy S. P. o takiej samej średnicy przekroju. Dwa skrzydła tego

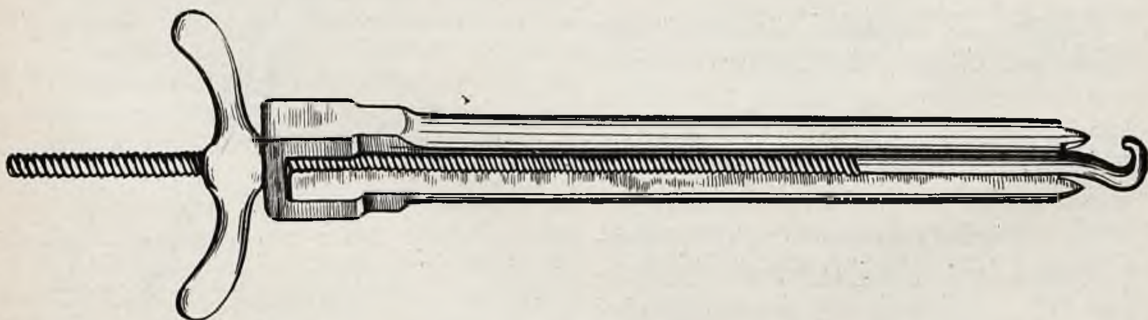


Rys. 2.



Rys. 3.

gwoździa są zbudowane i zakończone, jak dłutko żłobkowane. Trzecia blaszka gwoździa jest ustawiona prostopadle na środku wypukłości dłutka. Zakończenie jak w dłutku pozwala na wbijanie gwoździa pod każdym kątem bez tendencji ześlizgiwania się. Główka gwoździa posiada w środku otwór o średnicy 3½ mm. dla przepuszczenia gwoździa kierowniczego o średnicy 3 mm., bez obawy zatarcia.

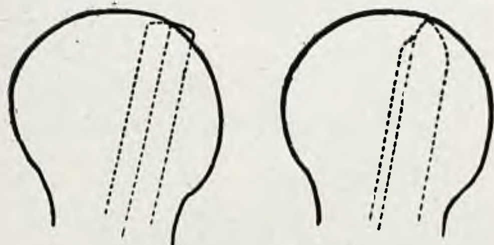


Rys. 4.

Dzięki ustawieniu blaszek można było rozwiązać w tym gwoździu niezmiernie prosto kwestię wyjmowania gwoździa, nawet wówczas jeżeli gwóźdź został wbity do samego końca, tj. oparł się dolnym brzegiem główki o kość (rys. 3). Do wyjmowania gwoździa służy haczyk i kluba (rys. 4), gwóźdź można wyjąć z małego cięcia jak na rys. 3.

Dzięki owalnemu zakończeniu (jak w

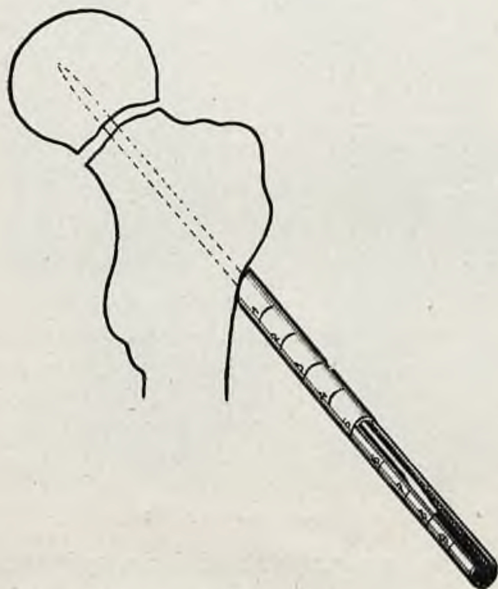
dłutku) można wbić gwóźdź tej samej długości co gwóźdź kierowniczy bez obawy wysterczania kantu jednej z blaszek poza główkę k. udowej (rys. 5).



Rys. 5.

Technika operacji nowym gwoździem [1]) przedstawia się, jak następuje:

1. Nastawienie na stole ortopedycznym po uprzednim oznaczeniu na skórze chorego paskami ołowiu linii pożądanego przebiegu gwoździa kierunkowego w rzucie przednio-tylnym.

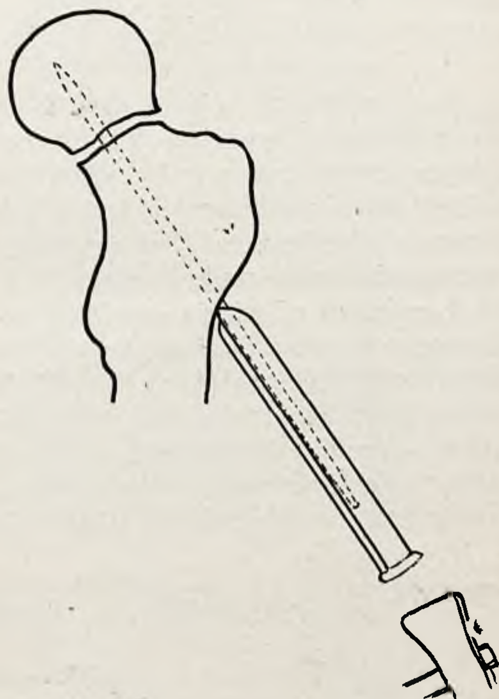


Rys. 6.

2. Wbicie (wkręcenie) kierunkowego gwoździa Steinmanna za pomocą rączki z cięcia długości 3 cm. na bocznej powierzchni uda. (Gwóźdź Steinmanna długości 17 cm. o średnicy przekroju 3 mm.).

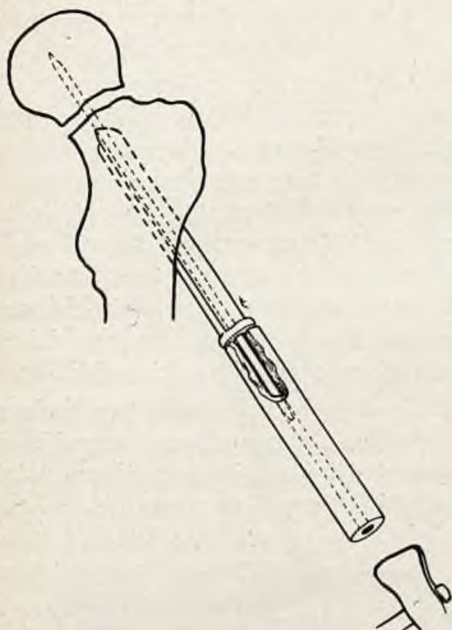
3. Jeżeli kontrola rentgenowska w obu rzutach wykazuje dobre położenie gwoździa kierunkowego, odmierzamy za pomocą rurki z podziałką długość wystającej części gwoździa (rys. 6). Po odjęciu tej liczby od 17 otrzymujemy długość odcinka gwoździa, tkwiącego w kości. Analizując rentgenogramy i stopień zagłębienia gwoździa kierunkowego, możemy dobrać łatwo odpowiedniej długości gwóźdź.

4. Gwóźdź do zespolenia przykładamy do gwoździa kierowniczego wypukłością żłobka w dół i pobijamy najpierw młotkiem główkę gwoździa (rys. 7), po tym zaś, z chwilą zagłębienia się gwoździa i wysterczania przez otwór jego główki gwoździa kierunkowego, pobijamy dalej bolcem z otworem dla przepuszczenia gwoździa Steinmanna (rys. 8).



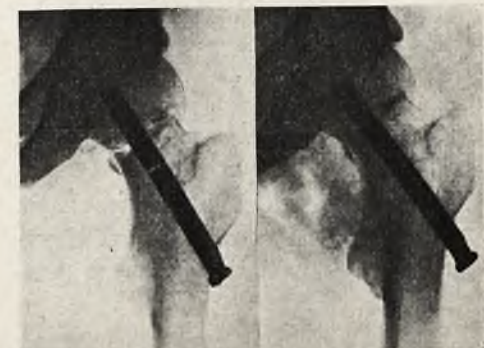
Rys. 7.

[1]) Gwóźdź i narzędzia wyrabia firma A. Mann, Plac Małachowskiego 2 w Warszawie.



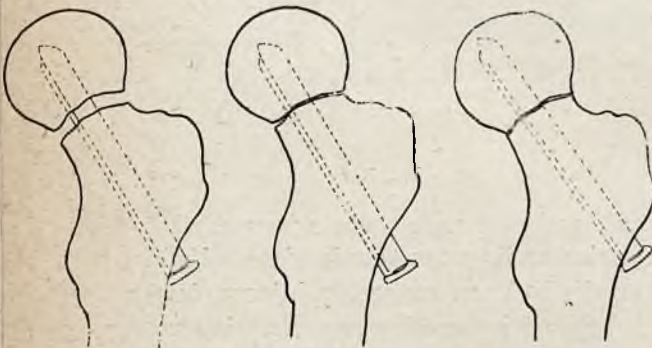
Rys. 8.

uległo zmianie (rys. 9). Naśladując zatem to co robi przyroda, musimy dla uzyskania gomfozy nie pobijać masy krętarzy, bo w ten sposób nie dojdziemy do celu, a tylko wywołamy silną traumatyzację, lecz docisnąć obwodowy odłamek do dośrodkowego. Chwytamy więc gwóźdź haczykiem i spychamy odłam obwodowy, pokręcając nakrętkę skrzydłową kluby. Postępujemy



5. Po wyjęciu gwoździa Steinmanna przystępujemy (tuż przed całkowitym wbiciem gwoździa zespoleniowego) do wklinowania odłamków. Jak wykazuje spostrzeganie serii rentgenogramów, po kilku tygodniach od wbicia gwoździa, pod wpływem obciążania dochodzi w przypadkach, gdzie wbito gwóźdź bez wklinowania, do silnej gomfozy, ale widzimy, że gwóźdź ulega wycofaniu i główka jego wystercza więcej z kości. Obserwujemy jednocześnie, że zagłębienie w główce kości udowej nie

Rys. 10



Rys. 9.

więc tak, jak w pierwszej fazie wyjmowania gwoździa, tj. w okresie, gdy działaniem śruby dociskamy odłam obwodowy do główki. Koniec gwoździa tkwi jak wiemy bardzo mocno w główce; a zatem w tej fazie odłam obwodowy ulega nanizaniu na gwóźdź. Po wyjęciu kluby przekonywujemy się palcem, że gwóźdź wystercza o ½ — ¾ cm. więcej. Teraz dobijamy ostatecznie gwóźdź do wklinowanych już odłamków (rys. 10).

Znaczenie dobrej gomfozy w zespoleniu szyi k. udowej jest podwójne: skracamy

Rys. 11a.

Rys. 11b.

czas potrzebny do utworzenia się zrostu (gomfoza jest czynnikiem wybitnie przyspieszającym zrost), a dzięki dobremu wklinowaniu zabezpieczamy wynik zespolenia w tych przypadkach, gdzie bez tego czynnika statyka mogłaby ulec zachwianiu i nastąpiłoby rozejście się odłamków.

Nowy gwóźdź nie zawiódł ani razu w serii 15 przypadków; rys. 11a i b przedstawia jeden z przypadków z tej serii. Moje duże doświadczenie z typowym gwoździem S. P. pozwala mi twierdzić, że nowy gwóźdź dzięki swym właściwościom przewyższa stary.

W n i o s k i:

1. Nowy gwóźdź pozwala na centralne wbijanie go w stosunku do kierowniczego gwoździa Steinmanna.
2. Ostrze gwoździa nie ześlizguje się po kości przy skośnym wbijaniu, a koniec gwoździa nie wystaje poza główkę k. udowej nawet wówczas, jeżeli długość jego równa się długości gwoździa kierowniczego.
3. Budowa główki gwoździa pozwala na gomfozę przez dociągnięcie odłamka obwodowego oraz na wyjmowanie z małego cięcia nawet po całkowitym dobiciu gwoździa, pomimo, że rozmiary główki gwoździa są małe.
4. Nowy gwóźdź wytrzymuje tak samo obciążenie, jak typowy S. P. Przy stosowaniu jako kierownika gwoździa Steinmanna nowy gwóźdź dzięki swym właściwościom przewyższa gwóźdź S. P.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

EIN NEUER NAGEL ZUR SCHENKELHALSFRAKTUROSTEOSYNTHESE

v.

Dr T. Sokołowski (Warszawa).

S c h l u s s f o l g e r u n g e n:

1) Der neue Nagel erlaubt sein zentrales Einführen in Bezug auf den Steinmanns Führungsnagel.

2) Die Nagelspitze zeigt beim schrägen Einführen des Nagels keine Tendenz zum Ableiten an Knochen, das Nagelende ragt über den Schenkelkopf nicht hinaus auch wenn seine Länge der des Führungsnagel gleich ist.

3) Die Kopfkonstruktion des Nagels ermöglicht leicht die Gomphose durch heranziehen des lateralen Bruchendes, sowie das Herausziehen des Nagels aus einem kleinen Hautschnitt auch bei einem fest zugeschlagenem Nagel, trotzdem die Kopfweite des Nagels gering ist.

4) Der neue Nagel hat die gleiche Belastungsfähigkeit wie der S. P. Nagel. Beim Anweden des Steinmannsnagels als Führer, hat der neue Nagel dank seiner Eigenschaften in Bezug auf den S. P. Nagel grosse Vorteile.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Z Oddziałów Chirurgicznych: Warszawskiego Szpitala dla Dzieci
Dyrektor *Doc. Dr R. Stankiewicz*
i Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie
Dyrektor *Doc. Dr J. Zaorski.*

Uwagi o leczeniu antistreptiną

podali

Władysław Gruchalski i Jan Raczyński.

Od pewnego czasu rozpoczęto próby z zastosowaniem w praktyce lekarskiej środków leczniczych, które pochodzą od barwnika azowego. Środki te miały mieć specjalne własności bakteriobójcze w stosunku do zakażeń paciorkowcowych (*Eisenberg, Mietsche, Klarer* i inni). Dalsze dokładne badania wykazały, że w wymienionych środkach bakteriobójczą jest grupa sulfamidowa pierścienia para-amino-benzenowego. Natomiast barwniki azopochodne nie posiadają własności leczniczych, podczas zaś stosowania wywołują tylko zbędne zabarwienie skóry, błon śluzowych, moczu itd.

Wobec tego dalsze badania skierowano (*I. Trefoucl, F. Nitti, D. Bovet*) dla uzyskania leku, zawierającego wymienioną czynną grupę sulfamidową. W wyniku powyższych prac laboratoryjnych zestawiono środek o wzorze chemicznym:

który w praktyce otrzymał nazwę a n t i s t r e p t i n y (firmy „Geo").

Lek ten może być stosowany doustnie w postaci tabletek, zawierających 0,3 gr kwasu paraamino-benzeno-sulfonowego, bądź też w ampułkach do wstrzykiwań podskórnych po 5 cm^3, zawierających 15% czynnego laktozytu antistreptiny.

Dostarczone nam przez firmę „Geo" tabletki i ampułki antistreptiny zastosowaliśmy u szeregu chorych z różnymi ostrymi i przewlekłymi schorzeniami, wywołanymi nie tylko zakażeniami paciorkowcowymi. Mianowicie zastosowano antistreptinę w:

2 przyp. ropnego zapalenia opłucnej (zakażenie dwoinkami płuc),
1 przyp. ropnego zapalenia opłucnej pochodzenia paciorkowcowego,
1 przyp. zapalenia wsierdzia powikłanego zapaleniem płuc i opłucnej,
1 przyp. źle gojącego się złamania kości ramiennej i zwichnięcia w stawie łokciowym powikłanego ropieniem powłok po krwawym nastawieniu,
1 przyp. septycznej postaci zapalenia szpiku kostnego,
1 przyp. oparzenia 3-go stopnia powikłanego ropieniem tkanek miękkich,
1 przyp. ropnia szyi,
1 przyp. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego,
1 przyp. ropowicy uda,
2 przyp. ropowicy podudzia,
1 przyp. ropnia okołonerkowego,
1 przyp. ropienia po operacji przepukliny,
1 przyp. zapalenia stawu biodrowego,
1 przyp. zastrzału kostnego,
1 przyp. stłuczenia stopy powikłanego stanem zapalnym,
3 przyp. zapalenia stawu na tle urazowym,
1 przyp. zapalenia stawu kolanowego na tle gnc.

1 przyp. zapalenia gruczołów chłonnych szyi,
1 przyp. czyraczności i ropnego zapalenia gruczołów chłonnych pod pachą,
1 przyp. przerostu gruczołu krokowego i zapal. pęcherza moczowego,
1 przyp. zapalenia torbieli trzustki i woreczka żółciowego —
łącznie 25 przypadków.

Historie tych przypadków przedstawiały się następująco:

1. Chory 2 lata i 1 miesiąc. *Zapalenie ropne opłucnej prawej* na tle zakażenia dwoinkami zapal. płuc. Stan średnio ciężki, t° 38,4°, — tętno 132. Choruje od 2 tygodni (przeziębienie, zapal. płuc, zapal. opłucnej). W 14-tym dniu leczenia szpitalnego (2-go dnia nakłucie, 4-go transfuzja, 6-go pleurotomia), zaczęto podawać antistreptinę 3 razy dziennie po 1 tabl. W dniu rozpoczęcia stosowania leku t° 37,4° — tętno 124. 8. dnia — 36,8° tętno 100. Ogólny stan dobry, samopoczucie dobre. Ilość wydzieliny ropnej coraz mniejsza. Antistreptinę stosowano w ciągu 17 dni. Po przerwaniu stany podgorączkowe 37,2° — 37,4°. 32-go dnia chory wyleczony. Rana zagojona.

2. Chory 7 lat 5 miesięcy. *Pleuritis purul. sin. streptococcica.* Choruje od 2 miesięcy. Przed 4-ma dniami stwierdzono ropę w opłucnej lewej. Stan ciężki, t° — 39°, tętno 160. 2-go dnia pobytu w szpitalu nakłucie opłucnej. 6-go dnia zaczęto podawać antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. t° 36,3°. Stan ogólny polepszył się, chory czuje się znacznie lepiej, bez temperatury. Następnego dnia aż do końca pobytu w szpitalu t° 36,3° — 37,4° (chory nie operowany). Antistreptinę stosowano 12 dni. Chory wypisany — wyleczony, w stanie dobrym.

3. Chory 5 lat 2 miesiące. *Pleurit. purul sin. pneumococcica.* Choruje od 10 dni. t° 37,8°. 15-go dnia pobytu w szpitalu (przedtem nakłucie, transfuzja krwi, pleurotomia) zaczęto podawać antristreptinę 3 razy dz. po 1 tabl. (stosowano przez 7 dni). Stany podgorączkowe ustąpiły. 4-go dnia stosowania antistreptiny stan ogólny znacznie poprawił się, wydzielina zmniejszyła się. 43-go dnia chory wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

4. Chory 13 lat 9 miesięcy. *Pancarditis, pneumonia crouposa sin., pleuritis exsud. sin.* Choruje od 3-ch tygodni. Miewa stany gorączkowe. Leczenie zachowawcze. Pod koniec 6-go tygodnia t° 40°, tętno 144. Stwierdzono zapalenie płuc, zapalenie stawów; podano antistreptinę 3 razy dziennie po 2 tabletki. W dniu podania t° 40°. 2-go dnia podawania leku t° 37,1°. Ogólne samopoczucie nieco lepsze. Antistreptinę dawano przez 5 dni. Chory zmarł z powodu ogólnego zaniku sił.

5. Chory 6 lat 9 miesięcy. *Stat. post fracturam humeri sin. male sanatam, luxatio cubiti.* Przed 6-ma tygodniami złamanie w stawie łokciowym lewym. Upośledzona ruchomość i zwichnięcie (przykurcz w stawie łokciowym). Operacja (usunięcie odłamu); 4-go dnia po operacji bóle ręki. 6-go dnia po operacji stwierdzono wydzielinę ropną z rany (t° 38,3°), którą wypuszczono. Podano antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 7 dni. Ciepłota ciała opadła do normy w 2-im dniu stosowania antistreptiny. Ilość ropnej wydzieliny stale się zmniejsza. Rana po 6 dniach prawie oczyszczona. Samopoczucie dobre. Chory 18. dnia pobytu w szpitalu wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

6. Chory 11 lat. *Osteomyelitis ac. tibiae dxt. Septicopyemia, otitis med. sin. Osteomyel. humeri dxt.* Od tygodnia gorączka. Czyrak na udzie prawym. 3-go dnia obrzęk i bolesność podudzia prawego. Ogólny stan ciężki. t° 39°. 7-go dnia pobytu w szpitalu (2-go dnia operacja) t° 39,1° stan ciężki, objawy ogólnego zakażenia. Podano antistreptinę 3 razy dziennie po 2 tabletki w ciągu 6 dni; 3-go dnia stosowania antistreptiny ciepłota ciała opadła do normy z tym, że w następnych dniach t° 38,8° — 37,6°. Ogólny stan nie poprawia się. Chory 25. dnia pobytu w szpitalu zmarł.

7. Chory 10 lat. *Phlegmone colli.* Przed 8 dniami angina po której utworzył się ropień na szyi. Ogólny stan ciężki. t° 38,3°. Nacięcie ropnia. Antistreptina 3 razy dziennie po 1 tabl. 3-go dnia spadek temperatury. Samopoczucie dobre. Antistreptinę podawano 10 dni; 18. dnia pobytu w szpitalu wypisany do leczenie ambulatoryjnego z raną prawie zagojoną.

8. Chory 3 lata 7 miesięcy.*Combustio extrem. sup., thoracis et abdominis, phlegmone femoris, otitis media purul. acuta.* Stan chorego ciężki. Początek choroby przeddzień. W przebiegu leczenia zachowawczego ropowica uda. 20. dnia pobytu w szpitalu zastosowano antistreptinę 3 razy dziennie po 1 tabletce w ciągu 13 dni. Stan bez zmian. Ciepłota nie opada. Stany podgorączkowe. Chory w 7. tygodniu pobytu w szpitalu zmarł.

9. Chory 6 lat. *App. acuta.* Choruje od 3-ch dni. Leukocyt. 16400, t° 39,8°. Antistreptina 3 razy dziennie po 1 tabl. (w ciągu 8 dni). 5-go dnia spadek ciepłoty do normy. 11 dnia wypisany.

10. Chory 3 lata. *Phlegmone femor. sin.* T° 38,3°. Incisio, antistreptina 3 r. po 1 tabl. (w ciągu 8 dni). 5. dnia spadek ciepłoty ciała. 15-go dnia wypisany ze szpitala — wyleczony.

11. Chory 2 lata 9 miesięcy. *Phlegmone cruris dxt.* Choruje od 2-ch tygodni. Nacięcie i podawanie antistreptiny 3 razy dzien. po 2 tabl. w ciągu 14 dni. Początkowo od 2. dnia w ciągu 4 dni t° normalna, potem 5 dni stany podgorączkowe, a następnie bez t°. 32. dnia wypisany, wyleczony.

13. Chory 8 lat 9 miesięcy. *Paranephritis sin.* Choruje od 10 dni. 13-go dnia pobytu w szpitalu inj. 15% antistreptin solubile 2 cm, tabl. 3 r. dz. po 1. T° z 39,4° spadła 3. dnia do 37,1°. Po nacięciu ropnia antistreptinę dawano w zastrzykach 23 dni, co 3. dzień i doustnie w ciągu 28 dni. Wypisany 34. dnia pobytu w szpitalu, wyleczony.

14. Chory 8 lat 8 miesięcy. *Hernia inguinalis sin.* 7. dnia po operacji przepukliny ropienie powłok. Podano antistreptinę 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 25 dni; gojenie rany początkowo powolne znacznie się przyśpieszyło. Chory wypisany, wyleczony 38. dnia.

15. Chory 10 lat. *Coxitis dxt.* Choruje od 3 tyg. 6-go dnia pobytu w szpitalu t° 40,2° po próbie Pirqueta. Antistr. 3 r. dz. po 1 tabl. 3. dnia spadek t° (dawano w ciągu 8 dni). Wypisany 32. dnia z poprawą.

16. Chory 12 lat. *Contusio pedis. Oedema inflammat.* t° 39°. Choruje od 5 dni. Antistr. 3 razy dz. po 1 tabl. 5-go dnia t° 36,7°. Stosowano w ciągu 12 dni. Wypisany, wyleczony 27. dnia pobytu w szpitalu.

17. Chory 46 lat. *Urethritis gonorrhoica. Gonitis gnc. dxt., arthritis artic. brachialis et carpo-radialis dxt.* Choruje od 2-ch tygodni. Przed 25. i 8. laty rzeżączka. Przebieg bez t°. Antistr. 3 r. dz. po 2 tabl., diatermia, leczenie miejscowe. Samopoczucie niezłe. Po 7 dniach stosowania antistreptiny bóle stawowe zmniejszyły się. Psychicznie — znaczna poprawa. Po 14 dniach chory chodzi. Po 28 dniach wypisuje się z poprawą. Stosowano antistreptinę w ciągu 7 dni.

18. Chory 32 l. *Gonitis traumatica sin.* Choruje od 6 dni. Podobno był uraz. Chory gorączkował do 38,5°. W dniu przybycia do szpitala 38°. 3-go dnia pobytu w szpitalu antistreptina 3 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 2-ch dni, 2 r. dz. po 1 tabl. w ciągu 6 dni, jednocześnie z wstrzykiwaniami antistrept. codziennie po 1, 2, 3, 4 i 5 cm^3 — 2 razy; poza tym 6 dni antistreptina po 5 cm^3 domięśniowo; od 3-go dnia stosowania antistreptiny chory bez t° aż do końca pobytu w szpitalu. Stan chorego znacznie się poprawił. Objawy miejscowe w postaci obrzęku i bólu cofnęły się. Chory wypisany, wyleczony po 21 dniach pobytu w szpitalu. Antistreptina stosowana 18 dni.

19. Chora 22 lata. *Gonitis exsudativa sin.* Od 7 dni stały i stopniowy obrzęk kolana bez wyraźnej przyczyny, t° w domu do 38°. W lecznicy stany podgorączkowe. Zastosowano wstrzykiwania antistreptiny codziennie w ciągu 8 dni: 1 dzień 2 razy po 0,5 cm^3, 1 dzień 1 raz 3 cm^3, 4 dni po 5 cm^3 — 2 razy, i 2 dni po 5 cm^3 1 raz dziennie. 5-go dnia stosowania antistreptiny ciepłota ciała opadła do normy. Ogólny stan dobry. Cofanie się bólu i obrzęku (pierwszego dnia dokonano nakłucia kolana). Po 21 dniach wypisana, wyleczona.

20. Chory 34 lat. *Gonitis traumatica.* 13 dni temu upadł na kolano prawe. Obrzęk, bolesność. Stany gorączkowe 37,1° — 39°. 5-go dnia pobytu w szpitalu, po dokonaniu nakłucia, antistreptina 3 r. dz. po 1 tabl., w ciągu 3-ch dni. Potem 4 dni inj. 15% antistrept. solubile po 1, 2, 3, 4, cm^3 2 razy dziennie, a 5 dni po 5 cm^3, na zakończenie 3 dni 3 razy po 1 tabl. Spadek ciepłoty ciała 4. dnia po zaczęciu; razem stosowano 14 dni.

21. Chory 45 lat. *Furunculosis, hydradenitis purulenta axillae sin.* Choruje od 24 dni. Stany podgorączkowe. W szpitalu bez temperatury po nacięciu ropni. Antistreptina 3r. dz. po 2 tabl. w ciągu 5 dni i po 1 tabl. 2 r. dz. w ciągu 5 dni. (Razem 10 dni). Ogólna poprawa samopoczucia. Powolne gojenie się ran. Wypisany z poprawą do leczenia ambulatoryjnego.

22. Chory 3 lata. *Lymphadenitis colli post anginam.* Choruje od 8 dni t° 38°. Antistrep. 3 razy dz. po ½ tabl. stosowano w ciągu 6 dni przed operacją i 8 dni po operacji. Przebieg gojenia szybki bez powikłań. Wypisany 15. dnia z raną na zagojeniu.

23. Chory 40 lat. *Cystis inflammatoria pancreatis, cholecystitis calculosa.* Chory operowany; 3-krotnie w leczeniu pooperacyjnym podwyższenie ciepłoty ciała do 39°. Stosowano wówczas wstrzykiwanie antistreptiny po 5 cm^3 w ciągu 2-ch dni. Po tym czasie występował spadek ciepłoty. Antistreptinę przerywano. W sumie dokonano 6 wstrzykiwań. Chory wyleczony po 60 dniach.

24. Chora 30 lat. *Panaritium osseum dig. IV manus dxt.* Choruje od tygodnia t° 37,4°. Nacięcie. Antistreptina w zastrzykach w ciągu 7 dni — 0,5; 1; 2; 3; a 5 cm^3. — 3 dni. Rana b. szyb-

ko oczyszcza się. Chora wypisana do leczenia ambulatoryjnego.

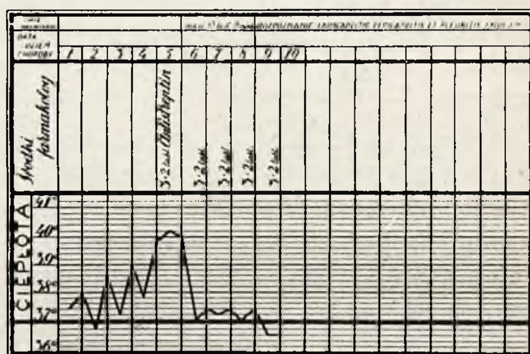
25. Chory 67 lat. *Hypertrophia prostatae. Retentio urinae, cystitis.* Choruje od 8 lat. Rok temu zapalenie pęcherza moczowego. Ostatnio pogorszenie od 2 miesięcy. Z chwilą przybycia do szpitala t° 38,4°. Samopoczucie złe. Antistreptina 3 r. dz. po 2 tabl. Po 6 dniach spadek ciepłoty do 36,6° utrzymujący się stale. Samopoczucie ogólne dobre. Antistreptinę podawano 6 dni.

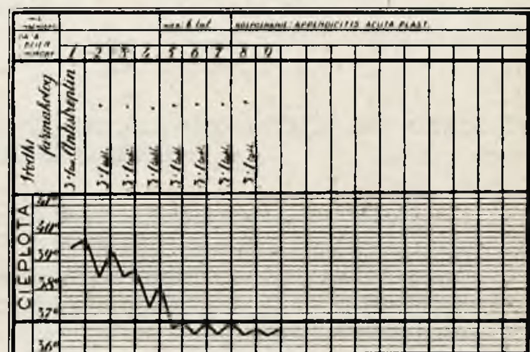
Jak widzimy z powyższego zestawienia, nie dobierano specjalnie przypadków, ale chcąc uzyskać wyniki faktyczne, stosowano antistreptinę w schorzeniach lekkich i ciężkich po kolei. Wiek chorych wahał się od 2 do 67 lat. Początkowo podczas wstrzykiwań chorzy skarżyli się na bóle, wobec czego dodawaliśmy do płynnej antistreptiny ½ cm³ ½% novocainy. Dotyczyło to jednak pierwszych ampułek; następne, które otrzymaliśmy od firmy, bólów podczas wstrzykiwań nie wywoływały. Wstrzykiwaliśmy od 0,5 — 5 cm³ antistreptiny, początkowo co 3. dzień, a potem codziennie w ciągu 2 — 8 dni. Leczenie wyłącznie wstrzykiwaniami stosowaliśmy u 3-ch chorych. Tabletki podawaliśmy doustnie, w zależności od wieku, od 1½ — 6 tabl. dziennie po jedzeniu, przy czym zalecaliśmy popijać je większą ilością obojętnego płynu. Takie leczenie stosowano u 17 chorych. Tabletki chorzy znosili dobrze. Wreszcie niektórym chorym podawaliśmy tabletki i wstrzykiwaliśmy płynną antistreptinę (5 chorych).

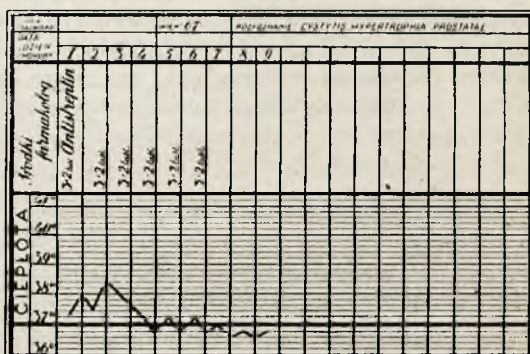
Spostrzegając w ten sposób leczonych chorych zwracaliśmy uwagę na wpływ leku na stan ogólny chorych, na przebieg schorzenia, na spadek ciepłoty i wreszcie na wyniki końcowe.

Naogół odnosiliśmy wrażenie, że antistreptina dobrze działała na samopoczucie chorych. Było to widoczne w wielu przypadkach (Nr.: 1, 2, 3, 4, 7, 17, 18, itd.). Nieraz mogliśmy stwierdzić zmniejszanie się bólów w miejscach schorzałych, co stwierdziliśmy u 6-ciu chorych.

Antistreptina bezwzględnie działa obniżająco na ciepłotę chorych, co wybitnie ilustrują następujące 3 wykresy:







Jak widzimy z powyższych krzywych działanie przeciwgorączkowe antistreptiny nie ulega wątpliwości.

Prócz tego spostrzegając w klinice dzia-

łanie nowych leków, obserwujemy nie tylko dodatnie strony stosowanych środków, ale badamy także, czy nie wywołują one jakichś ubocznych szkodliwych wpływów w ustroju lub w poszczególnych narządach. Głównie zwracamy uwagę na narząd krążenia, układ moczowy i czynność wątroby.

Musimy powiedzieć, że wśród naszych chorych nie zauważyliśmy uszkodzeń wymienionych narządów. Nie spostrzegaliśmy ani zaburzeń ze strony serca, ani zmian chorobowych w moczu, ani uszkodzeń tkanki wątroby. Nie stwierdziliśmy ani razu żółtaczki lub pokrzywki.

Możemy wyciągnąć stąd następujące *wnioski:*

Antistreptina działa na ustrój wzmacniająco, dopomagając mu do zwalczenia zakażenia ogólnego, co wpływa dodatnio i na miejscowe objawy schorzeń.

Antistreptina wybitnie obniża podniesioną ciepłotę chorych, co wpływa uspakajająco na chorych, polepszając ich stan psychiczny.

Antistreptina, nawet przy dłuższym stosowaniu, nie wywołuje żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na ustrój.

Z J A Z D Y

VI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO w dniach 3—4 kwietnia 1938 r. w Poznaniu.

VI Zjazd Pol. Tow. Ort.-Traum. zbiegł się z jubileuszem X-ciolecia Towarzystwa.

Otwierając Zjazd Przewodniczący *prof. Wojciechowski* zaznaczył, że „szczęśliwym zbiegiem okoliczności obrady Zjazdu toczyć się będą w Poznaniu, w mieście, w którym żyli i działali *Tomasz Drobnik* i *Ireneusz Wierzejewski.* W Poznaniu powstała i wyszła zeń pierwsza polska myśl ortopedyczna. W tym to mieście przed 10-ciu laty założył *Wierzejewski* Pol. Tow. Ort. i Traum., dlatego też sprawiedliwą jest rzeczą, że właśnie w Poznaniu święci T-wo swój pierwszy jubileusz. O dotychczasowym dorobku T-wa świadczą odbyte zjazdy, na których uzgodniono szereg zagadnień i powzięto wytyczne postępowania; ilustruje go najlepiej 10 tomów „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej", a zawarte w nich 250 prac przeważnie o charakterze monograficznym, uwydatniają wysoki poziom naukowy i myśl T-wa, które pragnie zainteresować ortopedią jak najszersze grono lekarzy oraz przyczynić się do podsumowania wyników badań naukowych i owocnego rozwoju polskiej ortopedii i traumatologii".

P i e r w s z y t e m a t p r o g r a m o w y:

CHOROBA HEINE - MEDIN I LECZENIE JEJ NASTĘPSTW,

rozpoczął referatem ogólnym *prof. M. Michałowicz* (Warszawa), dzieląc go na następujące rozdziały: 1) historia, 2) epidemiologia, 3) bakteriologia, 4) patogeneza, 5) anatomia patologiczna, 6) symptomatologia, 7) leczenie.

Chorobę Heine-Medina opisał po raz pierwszy *Heine* około 1840 r. jako paralisis essentialis. W schorzeniu tym zobrazował szczegółowo okres porażeń. W latach 1887 — 1905 *Medin* stwierdził i wyosobnił okres przedporażenny. Dalsze dane i dokładniejsze obserwacje przyniosły epidemie z 1911 i 1912 r. W tym czasie *Ochsner* i *Flexner* odkrywają przesączalny zarazek. W roku 1917 zaczął *Potti* stosować leczenie surowicą ozdrowieńców. Ostatnia epidemia w Danii w 1934 r. przyczyniła się do ustalenia poglądów na istotę cierpienia oraz do uzgodnienia wytycznych leczniczych.

Zapatrywania na patogenezę choroby *H-M.* są podzielone. Autorzy nie są zgodni co do tego, czy

sprawa chorobowa szerzy się drogami chłonnymi, krwionośnymi czy nerwowymi. Zdaniem autora głównymi szlakami, po których postępuje schorzenie—są drogi limfatyczne. Zmiany patologiczne dotyczą nie tylko rogów przednich rdzenia, które gorzeją łuną pożaru zapalnego, ale odblask tej łuny daje się wykryć na preparatach anatomo - patologicznych i w pozostałych odcinkach rdzenia i mózgu; w wątrobie, śledzionie i skórze powstają nacieki limfatyczne. Główne jednak zmiany dotyczą układu nerwowego, gdzie te nacieki, szczególnie w rdzeniu, są największe. Drobnowidowo stwierdza się wśród przekrwionej tkanki nerwowej ogniska nacieków, złożone z leukocytów i neurofagów.

Anatomopatologicznie daje się wyosobnić 4 okresy: a) przekrwienie rdzenia, b) zmiany drobnowidowe (nacieki), c) neurofagia, d) neuroliza.

Porażenia występują w dwu końcowych okresach. Zmiany w układzie nerwowym nie są najbardziej istotne dla choroby *H-M.*, gdyż w dużym odsetku schorzenie to przebiega poronnie, pod postacią nieżytów dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, albo pod postacią choroby zakaźnej wysypkowej, przypominającej płonicę lub odrę. Zdaniem autora choroba *H-M.* przebiega przeważnie bezobjawowo lub pod postacią grypy, a tylko nikły procent zachorzeń prowadzi do powstania porażeń. Zespół *H-M.* jest chorobą zakaźno - wysypkową, usadowioną w tkance nerwowej. Gdy wysypka umiejscawia się w skórze, nigdy nie przychodzi do powstania porażeń. Tkanka nerwowa i skóra pochodzą z jednego listka zarodkowego, co tłumaczy dostatecznie to, że alergeny mogą zostać przez skórę odciągnięte i związane.

Leczenie *H-M.* da się ująć w następujące punkty: 1) leczenie surowicą (nie zapobiega ono jednak wystąpieniu choroby), 2) leczenie bodźcowe, 3) masaże, 4) elektroterapia, 5) aparat Dringera. W klinice pediatrycznej U. J. P. kładzie się szczególniejszy nacisk na leczenie: 1) surowicą (ozdrowieńców albo małp zakażonych), 2) krwią (rodziców dziecka, podawaną z cytrynianem sodu dwukrotnie po 40 cm^3), 3) rentgenowskimi naświetlaniami rdzenia, 4) diatermią i 5) galwanizacją.

Prof. A. Wojciechowski (Warszawa):

ZARYS OGÓLNEGO LECZENIA NASTĘPSTW CHOROBY HEINE-MEDIN.

Jakkolwiek zasadnicze zmiany chorobowe w *H-M.* dotyczą okolicy rogów przednich, a właściwie nie tylko jej, lecz i innych odcinków układu nerwowego, to jednak najważniejsze zaburzenia ujawniają się na obwodzie — w postaci porażeń i niedowładów mięśniowych. Na słuszność tego poglądu w niczym wpłynąć nie może fakt istnienia obok klasycznych postaci choroby *H-M.* jeszcze i odmiennych, odbiegających od znanego powszechnie wzorca, postaci poronnych. Dominującą zawsze dla nas cechą będą następstwa w zakresie układu ruchowego, a mianowicie: porażenia i niedowłady. Zwalczanie tych następstw będzie omawiane w innych referatach. *W.* ogranicza się tylko do podkreślenia roli niektórych zabiegów ogólnych, dotychczas mniej docenianych, a to dlatego, że skutecznych jedynie w początkowych okresach.

Postępowanie to zwalczyć może następstwa choroby *H-M.* — usunąć zaburzenia ruchowe, lub wpłynąć na wydatne ich pomniejszenie i złagodzenie. Ponieważ opiera się ono na możliwościach odtwórczych ustroju, nie jest oczywiście w stanie zdziałać w obliczu już daleko posuniętych i nieodwracalnych zmian miejscowych w mięśniach i stawach. Tam do głosu przychodzi ortopedia właściwa z jej operacjami, z przeszczepianiem ścięgien, usztywnianiem stawów i innymi zabiegami operacyjnymi, niekiedy bardzo znacznie wzmagającymi sprawność ruchową chorego. Oczywiście nie są one w stanie przywrócić prawidłowej czynności dotkniętej porażeniem części ciała. W tym leży zasadnicza różnica, że leczenie ogólne wcześnie rozpoczęte może dać w przypadku szczęśliwym restitutio ad integrum, działa bowiem jeszcze w okresie odwracalności zmian.

Leczenie to, chociaż skierowane przeciwko zmianom w aparacie ruchowym, nie pozostaje bez wpływu i na stan zmian zasadniczych. Dla ustalenia wytycznych postępowania leczniczego należy wziąć pod uwagę następujące fakty:

1) swoiste zmiany chorobowe w układzie nerwowym prowadzą tylko do rozległych wiotkich porażeń, będących początkowo niedowładami.

2) Wobec zwykle występującego porażenia niektórych tylko mięśni, względnie ich zespo-

łów — nieprawidłowe ustawienie i przykurcze są na porządku dziennym.

3) Zaburzenia krążenia wywołane w obrębie rdzenia przez czynnik zapalny, a w mięśniach wskutek braku czynności i zaburzeń naczyniowo - ruchowych, zazębiają się wzajemnie, prowadząc do pogorszenia wyników ostatecznych.

4) Powrót do czynności przez wykształcenie innych skojarzeń nerwowych, lub być może przez uratowanie drogą ćwiczenia niektórych komórek chorych lecz nie zniszczonych całkowicie przez sprawę chorobową, jest możliwy tak długo, dopóki w mięśniu nie zajdą daleko posunięte zmiany zwyrodnienia.

5) Tak długo, jak to nie nastąpi, leczenie ogólne może i powinno uratować chorego od kalectwa.

Trzy zadania mamy więc do spełnienia:

1) uratowanie za wszelką cenę zanikającej czynności porażonego mięśnia;

2) nauczenie chorego, wobec trwałego osłabienia mięśnia, odpowiedniej choć odmiennej od prawidłowej innerwacji w celu dokonywania zwykłych codziennych ruchów. Chodzi tu o zastąpienie zespołów porażonych przez zespoły prawidłowe;

3) wywarcie ogólnego wpływu na ustrój, a zwłaszcza na ukrwienie.

Najprościej uzyskuje się ten sprzyjający zespół warunków czynnych w ćwiczeniach gimnastycznych podwodnych. Autor ilustruje swój wykład przezroczami *Lovmana* z amerykańskiego T-wa Opieki nad Kalekami; omawia teoretyczne podstawy oraz technikę gimnastyki podwodnej. Kończąc swój referat autor stwierdza, że leczenie ogólne w chorobie *H-M.* ma znaczenie pierwszorzędnej wagi. Może ono skutecznie zapobiec utrwaleniu się porażeń, a zwłaszcza powstawaniu wadliwych ustawień i przykurczów. Może ono, w szczególności pod postacią gimnastyki, dużo zdziałać ku usprawnieniu ruchowemu chorego, a pośrednio i ku podniesieniu jego psychiki i energii życiowej.

Prof. Dr Franciszek Raszeja:

LECZENIE ORTOPEDYCZNE NASTĘPSTW CHOROBY HEINE - MEDIN Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW NA CZĘŚCIACH MIĘKKICH.

Leczenie ortopedyczne powinno być w porażeniu dziecięcym podjęte możliwie wcześnie. Unieruchomienie w łóżeczku gipsowym, ułożenie kończyn w szynach jest wskazane w ostrym okresie zachorzenia. Później wchodzą w rachubę zabiegi termo-, balneo- i elektroterapeutyczne. W okresie cofania się porażeń zachodzi potrzeba podjęcia ćwiczeń czynno-opornych, które zapobiegają powstawaniu przykurczów.

Autor omawia mechanizm powstawania przykurczów oraz sposoby ich zwalczania, podkreślając konieczność wczesnego postawienia chorych na nogi, ewentualnie w aparatach ortopedycznych, które odgrywają wielką rolę w leczeniu porażeń po chorobie *H-M.*

Pierwsze próby chodzenia w aparacie mają za zadanie odtworzenie impulsów i synergii, a więc odnowienie zniszczonych dróg nerwowych. Wobec istnienia paraliżu rzekomego ustalenie terminu zakończenia regeneracji jest trudne. Autor przyjmuje stan trwałych porażeń, gdy po roku, pomimo odpowiedniego leczenia, brak jest poprawy. W przypadkach lekkich, bez zmian neurotroficznych, można czekać do dwóch lat. Wskazania do zabiegu ustala więc autor: 1) wedle czasu, który upłynął od okresu infekcji oraz 2) odnośnie do wieku chorych.

Zabiegów na ścięgnach nie wykonuje autor przed 5-tym rokiem życia. Jedynie drobne zabiegi (tenotomia, przedłużenie) potrzebne są wcześniej dla korrekcji ustawienia kończyn. Skracania ścięgien w celach ustalenia stawu wiotkiego są bezcelowe. Lepsze wyniki dają tu tenodezy oraz fasciodezy, które autor wykonywał dla zaryglowania stawu skokowego.

Wartość transplantacji mięśni i ścięgien w leczeniu choroby *H-M.* jest ograniczona. Dla uzyskania możliwie dobrych wyników należy używać pełnowartościowego materiału mięśniowego. Przeszczepiania mają znaczenie zapobiegawcze przeciwko powstawaniu zniekształceń. Przy lekkich stanach porażennych na stopie wyniki mogą być dobre, przy rozległych należy dla uzyskania należytego oparcia usuwać dewiacje boczne zabiegami kostnymi. Przy pomocy przeszczepień należy dążyć jedynie do utrzymania ruchu zgięcia podeszwowego i grzbietowego. Zniekształcenia ustalone nie ustępują po przeszczepieniu, może jednak po drobnych tych zabiegach nastąpić poprawa subiektywna.

W klinice ortopedycznej Uniw. Poznańskiego leczono w ciągu 5-ciu lat 82 przypadki. Na 82 chorych tylko w 5 przypadkach chodziło o porażenie kończyny górnej. Autor stosował następujące zabiegi operacyjne na częściach miękkich:

1) tenotomie (korekcyjne dla zniesienia oporów),
2) neurotyzację (rozszczepienie włókien nerwowych) — zdaniem autora zabieg ten nie daje spodziewanych wyników,
3) transplantację ścięgien sposobem *Strohmaiera,*
4) transplantacje mięśni, które mogą dać dobre wyniki, jeśli się przestrzega zasad fizjologicznych *Scherba,* zdaniem którego tylko wtedy możliwe jest zastąpienie mięśnia porażonego przez antagonistę, o ile jego podniety (wychodzące z tkanki łącznej itd.), utrzymują się;
5) zabiegi alloplastyczne przy użyciu jedwabiu dla rekonstrukcji porażonego mięśnia pośladkowego wielkiego stosowane były przez autora w 5-ciu przypadkach. W 2-ch przypadkach wynik bardzo dobry, w 2-ch średni, w jednym ujemny.

Zdaniem autora wyniki wczesne po transplantacjach są dobre w wysokim stosunkowo odsetku, wyniki późne wykazują jednak zaledwie w 30 — 40% efekt pomyślny. Transplantacja nie jest metodą złą, tylko wskazania jej zostały obecnie znacznie zacieśnione.

Dr J. Wolszczan (Poznań — Klinika Ortopedyczna):

LECZENIE ORTOPEDYCZNE CHOROBY HEINE - MEDIN Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW KOSTNYCH.

Grobelski, Dega, Nové-Josserand, Putti i inni uważają, że zabiegi na kościach mają dużo większą wartość, gdyż dają wyniki trwalsze od przeszczepień. Zabiegi na samych tylko ścięgnach są w 60% nie wystarczające. U dzieci do lat 8-miu zabiegi kostne są nie wskazane ze względu na zaburzenia wzrostu kości. Autor omawia 88 przypadków leczonych zabiegami operacyjnymi na kościach, stosując podział topograficzny.

1) S t a w b i o d r o w y. Przykurcze w zakresie stawu biodrowego usuwano przez obniżenie przyczepów mięśniowych (sposób *Langego),* albo przez osteotomie korekcyjne. Starano się zawsze zachować ruchomość stawu, przekładając leczenie za pomocą aparatów ortopedycznych nad zabiegi usztywniające. Artrodezę stawu biodrowego wykonywano jedynie w przypadku zupełnej jego sztywności. Stosowano a) artrodezę śródstawową *Volpiusa* (wynik zły), b) artrodezę pozastawową, c) artrodezę kombinowaną, d) artrodezę sposobem *Roche* — za pomocą plastyki dachu panewki.

2) K o l a n o (22,6% zabiegów ogólnych). Wskazania do zabiegów stanowiły przykurcze kolana, koślawość i genu recurvatum. Przykurcze do 20 — 25 stopni nie wymagają leczenia operacyjnego. Do zniesienia przykurczów dążono przez: 1) nadłamanie kości udowej albo 2) nadkłykciową osteotomię kości udowej sposobem *Olliera* lub *Mac-Evena.*

Przy ruchach bocznych i stawach wiotkich zdaniem autora znacznie lepszą jest operacja *Schedego* — (przecięcie kości piszczelowej i strzałkowej), gdyż szanuje ona bardziej aparat więzadłowy stawu. Przykurcze kolana poprawić można tylko w granicach kąta 50° — zniesienie większego kąta pociąga za sobą ucisk na naczynia krwionośne.

Autor demonstruje na filmie swoje doświadczenia wykazujące wyższość operacji *Schedego* nad osteotomią nadkłykciową uda.

Zabiegi usztywniające wchodzą w rachubę tylko przy zupełnej wiotkości stawu kolanowego i tylko u ludzi pracujących fizycznie *(Putti).*

3) S t o p a (daje 66,2% na ogólną liczbę zniekształceń).

Wyniki:

W jednym przypadku zupełnej wiotkości stopy wykonano usztywnienie stopy. 49 przypadków operowano za pomocą artrodezy stawu skokowo-łódkowatego, skokowo - piętowego i piętowo - klinowego. Z tego 9 przypadków uzupełniono plastyką ścięgien. 19 przypadków leczono zaryglowaniem sposobem *Nové-Josseranda.* W 3-ch przypadkach wykonano artrorizę przednią sposobem *Puttiego.*

Na zasadzie swoich obserwacyj poleca autor usztywnianie dolnego stawu skokowego. Ryglowanie śródstawowe należy ograniczyć na korzyść pozastawowego. Artrorizy bez zabiegów uzupełniających (tenoplastyk) nie są w stanie zapewnić stałości stopie.

P o r a ż e n i a k o ń c z y n y g ó r n e j stanowiły 8,9%.

Wszelkie zabiegi nie dają tu na ogół wyników pomyślnych, jedynie usztywnienie stawu barkowego *Volpiusa* jest najkorzystniejsze, gdyż pozostawia odwiedzenie i zgięcie do kąta 30°. Dzięki możliwości wykonywania ruchów całą obręczą barkową wyniki i innych metod usztywniających są na ogół dobre (*Spitzy, Wierzejewski*).

S t a w ł o k c i o w y ryglowano sposobem *Puttiego* w zgięciu do kąta 90° przez wbicie klinka kostnego od tyłu w kość ramienną.

S t a w g a r s t k o w y usztywnia autor za pomocą resekcji od strony grzbietowej.

O b r a d y p o p o ł u d n i o w e toczyły się na tematy dowolne. Rozpoczął je

prof. Frejka (Brno):

POZNÁMKY K LÉCENI DETSKÉ MISNI OBRNY NOHY
(w języku czeskim).

Zabiegi ortopedyczne w *H-M.* wykonywane na częściach miękkich najczęściej zawodzą. Wczesny wynik pomyślny nie świadczy jeszcze o powodzeniu leczenia i trafności wyboru właściwej metody. Zdaniem autora dopiero po 10-ciu latach od operacji można wyciągnąć ostateczne wnioski i osądzić wynik, jako dobry albo zły.

Autor omawia i demonstruje na rtgn. swoje przypadki pes excavatus operowane metodą angielską (resekcja chrząstki kości skokowej, piętowej, klinowych wraz z wyłuszczeniem kości łódkowatej). Autor metodę powyższą kombinuje z artrorizą przednią. Metoda ta dała dobre wyniki we wszystkich przypadkach autora.

Dr A. Kugler (Warszawa):

LECZENIE PRZYRZĄDOWE STANÓW PO CHOROBIE HEINE-MEDIN.

W chorobie *H-M.* leczenie przyrządami i aparatami ortopedycznymi ma bardzo szerokie zastosowanie. Aparaty ortopedyczne są wartościowymi środkami leczniczymi i znajdują swe zastosowanie: 1) w celu zapobiegawczym (w walce z przykurczami), 2) w leczeniu pooperacyjnym, 3) w leczeniu przypadków nie nadających się do operacji.

Ażeby aparaty spełniały należycie swe zadanie muszą być zbudowane w ten sposób, by odpowiadały najlepiej prawidłom fizjologicznym statyki i kinetyki.

Aparat ortop. powinien być zbudowany technicznie poprawnie, t. zn. musi być lekki i odpowiadać wymogom zależnym od przypadku (aparaty usztywniające, zaryglowujące, odciążające, podtrzymujące), nie może upośledzać normalnej gry mięśni itd. Autor omawia technikę budowy aparatów ortop. oraz swoje postępowanie w leczeniu przyrządowym w chorobie *H-M.*

Doc. J. Zaremba (Kraków):

UWAGI O ORTOPEDYCZNYM LECZENIU WIOTKICH PORAŻEŃ.

Leczenie zachowawcze w chorobie *H.-M.* jest w Polsce bardzo niedoskonałe w przeciwieństwie do Anglii i Ameryki .Utyka ono na reedukacji mięśnia za pomocą hydroterapii podwodnej i nadwodnej kombinowanej z leczeniem psychicznym.

Jak to wykazały badania anatomo-patolog. ostatnich czasów choroba *H-M.* nie pociąga za sobą totalnego zniszczenia zajętych odcinków rdzenia, a tylko częściowe.

Celowe postępowanie sprowadzić może regenerację komórek nerwowych. Za pomocą odpowiednich ćwiczeń bodźcowych następuje przetarcie nowych dróg, a co za tym idzie wydatne złagodzenie stopnia porażeń. Najwłaściwszą metodą jest reedukacja mięśnia pod postacią hydroterapii nad- i podwodnej. Leczenie takie winno być przeprowadzane w zakładach zamkniętych i połączone z odpowiednim wychowaniem. Zdaniem autora reedukacja mięśnia jest metodą celową u nas nie wyzyskaną, która wspomaga dzielnie i uzupełnia leczenie zachowawcze.

Dr. Kaczyński (Poznań): W dyskusji nad pierwszym tematem omówił i przedstawił mikrofoto-

grafie preparatów anatomo-patolog. sekcyjnych przypadków *H-M*. Obraz histologiczny zależny jest od okresu choroby i okoliczności, w jakich nastąpiło zejście śmiertelne.

Na ogół stwierdza się przekrwienie i wybroczyny krwawe w rdzeniu, nacieki zapalne w oponach miękkich, zmiany o charakterze zapalnym, zwyrodnieniowym w zwojach międzykręgowych. Zmiany te najsilniej występują w rogach przednich rdzenia, na dnie komory III i IV.

W okresie początkowym choroby obraz rdzenia jest zatarty, w okół rogów przednich zaznacza się przekrwienie, rdzeń jest ciastowaty. W okresie późniejszym rdzeń ma wygląd galarety, następuje zupełne zatarcie granicy między istotą szarą i białą. W okresie tym zaznacza się już zanik rogów tylnych rdzenia, włókien nerwowych i dróg piramidowych.

Opony zmętniałe i zgrubiałe. Mięśnie wiotkie — stężenie pośmiertne nie występuje. W ogniskach zapalnych stwierdza się nagromadzenie komórek plazmatycznych, leukocytów, limfocytów, komórek wędrujących i wielopostaciowych oraz histiocytów Marchanda.

TEMATY DOWOLNE.

Doc. Skubiszewski i Dr Granatowicz:
2 PRZYPADKI MIĘSAKÓW MIĘŚNIA, LECZONYCH METODĄ KOMBINOWANĄ.

W klinice poznańskiej nowotwory mięśni leczy się metodą kombinowaną za pomocą zabiegu operacyjnego oraz następowego naświetlania promieniami Rtgn.

Przypadki demonstrowane należą do serii 24 przypadków w ten sposób leczonych z wynikiem pomyślnym. Zdaniem autorów dobre wyniki w leczeniu nowotworów mięśni uzyskać można tylko przez doszczętne usunięcie guza, połączonego z następowym pooperacyjnym leczeniem prom. Rtgn. metodą protrahowaną.

Doc. J. Zaremba (Kraków):
O POSTACIACH COXA VARA PORODOWEGO POCHODZENIA.

Na marginesie obserwowanego przypadku omawia autor mało znaną postać biordra szpotawego pochodzenia porodowego. Istota schorzenia polega na oddzieleniu się górnej nasady uda przy trakcji płodu, w czasie której odnośna kończyna prócz pociągania zostaje odwiedziona i skręcona. Jako następstwo oddzielenia się nasady rozwija się biodro szpotawe, które utrzymuje się do 4-go roku życia.

Leczenie w przypadkach świeżych polega na nastawieniu trzonu kości udowej i ułożeniu go w odpowiedniej pozycji do bloku chrzęstnego.

Dyskusja:

Prof. Frejka: Dwa swoje takie same przypadki, jak *doc. Zaremby* leczył podobnie jak przy zwichnięciu wrodzonym biodra za pomocą repozycji i ustalenia w ułożeniu Lorenza.

Dr Pavlik (Brno):
OPERATIVNI A NEOPERATIVNI LÉCENI PLOCHÉ NOHY.

Autor przedstawia wyniki leczenia stopy szpotawej wrodzonej w klinice w Brnie. Leczenie operacyjne prowadzono wg. postępowania podanego przez *prof. Frejkę.*

Dr Komza (Poznań):
LECZENIE BIODRA SZPOTAWEGO.

W klinice ortopedycznej Uniw. Poznańskiego stosuje się następujące leczenie coxa vara:

1) Zachowawcze za pomocą wyciągu i redresji. Po repozycji nakłada się opatrunek gipsowy na 4 — 6 miesięcy, a po tym czasie przepisuje się aparat ortopedyczny podpórczy (wg. *Mau*).

2) Przypadki, w których postępowaniem zachowawczym nie udaje się uzyskać wyniku pomyślnego, leczono operacyjnie za pomocą osteotomii: a) podkrętarzowej, b) w obrębie szyjki.

Leczenie zachowawcze wyciągiem stosować należy w przypadkach świeżych ze stosunkowo małymi zmianami.

Tak samo i za pomocą redresji dobre wyniki otrzymać można tylko w okresach początkowych schorzenia przy młodzieńczej postaci coxa vara. Starsze przypadki wrodzonego biodra szpotawego leczono za pomocą osteotomii podkrętarzowej.

W dwóch zastarzałych przypadkach postaci młodzieńczej, w których szyjka przyrośnięta była do tylnej ściany główki, wykonano osteotomię przezszyjkową, używając do zespolenia główki z

szyjką gwoździa Smith-Petersena. W obu tych przypadkach nie zauważono martwicy główki. Ustalenie w gipsie w obu przypadkach wynosiło po 6 miesięcy.

Dyskusja:

Dr Sokołowski (Warszawa): Omawia ilustrując rentgenogramami dwa przypadki zastarzałe coxa vara traumatica, leczone osteotomią rotacyjną przezszyjkową, w których do zespolenia główki z szyjką użył własnego gwoździa. Przypadki te operował z cięcia przedniego, które dało dobry i szanujący tkanki dostęp do stawu. Nastawienie główki i dokładna jej adaptacja nastąpiło łatwo dzięki półkolistej osteotomii szyjki. W obu przypadkach autor już po dwóch tygodniach leczenia zaczął uruchomianie stawu operowanego, a po trzech tygodniach pozwolił na obciążanie kończyny (na kulach).

Bardzo dobry wynik obu zabiegów zachęca autora do propagowania tego postępowania w przypadkach zastarzałych pourazowego biodra szpotowego.

Dr Kosiński (Lisków Kaliski):

O LECZENIU COXA VARA CONGENITA (NA PODSTAWIE OBSERWACJI PRZYPADKU).

W przypadku swoim coxa vara cong. wykonał autor osteotomię podkrętarzową sposobem Momsena. Zdaniem autora metoda ta daje dobre wyniki, nie pociągając za sobą otwierania stawu i używania do zespoleń gwoździ.

Dyskusja:

Doc. A. Gruca (Lwów): Uważa osteotomię przezszyjkową w coxa vara za szkodliwą, gdyż przeważnie prowadzi ona do martwicy główki. Na poparcie swego twierdzenia omawia ogłoszony przez siebie przed 10-ciu laty przypadek, który leczył osteotomią podgłówkową, a który skończył się martwicą główki. Obecne swoje postępowanie autor omawia przedstawiając wyniki leczenia 14 przypadków: w 3-ch przypadkach po repozycji wykonał zespolenie gwoździem Steinmanna; w 5-ciu przypadkach leczył redresją z następowym unieruchomieniem w gipsie na 3 miesiące, a po tym czasie stosował na rok odciążający aparat ortopedyczny; w 3-ch przypadkach osiągnął dobry wynik za pomocą osteotomii podkrętarzowej, w 2-u zaś zastarzałych przyp. wykonał plastykę panewki.

Leczenie zachowawcze w przeważającej liczbie przypadków prowadzi, zdaniem autora, do wyleczenia. Jeśli bowiem uraz mógł spowodować epifizjolizę, to da się taką samą reepifizjolizę osiągnąć w narkozie. Wyniki są równie dobre, jak po osteosyntezie. Wyleczenie następuje wtedy, gdy skostnieje chrząstka nasadowa. Skostnienie chrząstki przyśpieszyć można, jak to polecają autorzy angielscy, przez wywiercenie szeregu otworów przez szyjkę kości udowej.

Dr Komza: W odpowiedzi podnosi, że oba przypadki przedstawił dla podkreślenia, że czasami oddzielona główka kości udowej przykleić się może do tylnej powierzchni szyjki i taka okoliczność z natury rzeczy zmusza do odstępstwa od utartego postępowania. Mimo to, że osteotomię wykonano podgłówkowo, martwica główki nie nastąpiła.

Prof. Frejka demonstruje rtgn. dwóch przypadków, leczonych osteotomią korekcyjną, które przed zabiegiem unieruchamiał w opatrunku gipsowym dla uzyskania rekonstrukcji główki.

Dr Kosiński (Lisków Kaliski):

O NOWEJ METODZIE LECZENIA PRZYKURCZU DUPUYTRENA.

W jednym przypadku przykurczu Dupuytrena uzyskał autor dobry wynik po resekcji stawu palcowego pierwszego, po przecięciu ścięgna prostownika powierzchownego. Wynik czynnościowy był lepszy, aniżeli w przypadku operowanym metodą *Grey'a* (resekcja główki I kości śródręcza).

Dr Z. Obrębski (Warszawa):

„KRÓTKA SZYJA" BEZ ZESPOŁU KLIPPEL-FEILA.

Autor omawia i demonstruje na fotografiach 3 obserwowane przez siebie przypadki „krótkiej szyi".

(dok. nast.)

Z. Ambros.

POSIEDZENIA

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 22 kwietnia 1938 r.

Dr S. Czubalski:

PRZYPADEK CHOROBY SZYJKI PĘCHERZA.

(Ukaże się w druku w „Chirurgu Polskim").

Dr H. Datyner i dr W. Staszewski:

PRZYPADEK KAMICY NERKOWEJ.

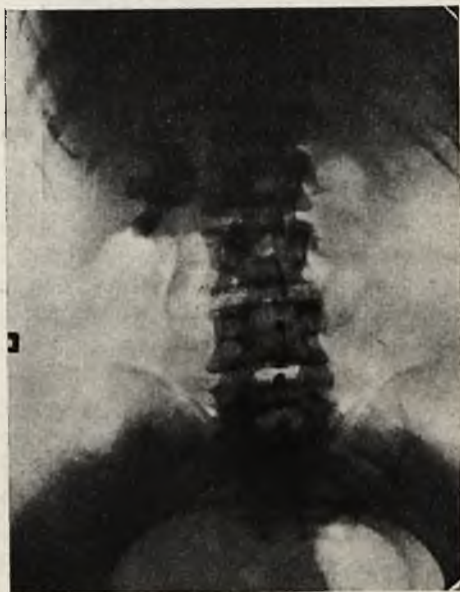
(str. własne)

Tytuł naszego pokazu jest na pozór banalny, przypadek ten jednak zasługuje na uwagę ze względu na pewne jego cechy osobliwe.

Chora P. M., lat 32, przybyła do Szpitala św. Rocha dn. 4 maja 1937 r. Oto krótka anamneza: od 11 lat tępe bóle w prawej okolicy lędźwiowej i w brzuchu; od pół roku bóle nasiliły się, promieniowały do pachwiny prawej i do dołka podsercowego; żadnych gwałtownych napadów bólowych, żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu. Była leczona stale, jak podaje, na opuszczenie żołądka, a nawet zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego (appendectomii). Dopiero wskutek przypadkowego wykrycia zmian w moczu skierowana została do urologa *dra Datynera,* który rozpoznał kamicę nerkową prawostronną i skierował chorą do szpitala.

W chwili przybycia na oddział stan chorej przedstawiał się jak następuje: Odżywienie liche. W sercu i płucach nic szczególnego. Poprzez wiotkie powłoki jamy brzusznej można było stwierdzić wyraźną bolesność pod prawym łukiem żebrowym. Objaw Goldflama prawostronny dodatni. W *moczu:* $0.066^0/_{00}$ białka, w osadzie pojedyńcze wałeczki szkliste, 15 — 50 leukocytów w polu widzenia, 2 — 3 krwinki wyługowane w preparacie, nieliczne nabłonki, trójfosforany amon. magn. i pasemka śluzu. *Mocznik we krwi* — 56,8 mgr. w 100 cm^3 krwi. Przy próbie wodnej i koncentracyjnej zagęszcza do 1018, rozcieńcza do 1000. *Chromocystoskopia* pęcherza bez zmian, upośledzenia czynności obu nerek nie stwierdzono: z lewego moczowodu barwnik wydziela się po 5 minutach, z prawego po 6 minutach. *Zdjęcie rentgenowskie* (rys. 1) wykazało obecność w nerce prawej dużego kamienia koralowego, stanowiącego dokładny odlew rozszerzonych kielichów i miedniczki. Powtórna cystokopia po 10 dniach wykazała stan bez zmiany.

Ze względu na nieustanne, narastające dolegliwości chora zakwalifikowana została do zabiegu operacyjnego. O usunięciu kamienia przy pyelotomię, wobec jego rozmiarów i kształtu, nie mogło być oczywiście mowy. W grę wchodzić mogła tylko nefrotomia lub ewentualnie nefrektomia. Plan zabiegu był zatem następujący: odsłonięcie nerki i próba usunięcia kamienia przez nefrotomię — w razie zaś niepowodzenia tej próby — nefrektomia. Chora została uprzedzona o możliwości usunięcia nerki.



Rys. 1.

Operacja wykonana przeze mnie 8.VI 37, przy pomocy *dra Datynera* oraz szefa oddziału *dra Kołodziejskiego,* miała przebieg następujący. Dotarcie do nerki i jej uwolnienie z cięcia typo-

wego Bergman-Izrael poszło stosunkowo łatwo. Po nacięciu nerki wprost na kamień od górnego bieguna na 5 — 6 cm. w dół stwierdzono, że ko-

Rys. 2.

ra jest znacznie ścieńczona , kielichy szczelnie wypełnione przez konkrement. Za pomocą stopniowego podważania zaczęto uruchamiać kamień, jakby wmurowany w miąższ nerkowy, i po pewnych wysiłkach udało go się wyluksować z miedniczki. Krwawienie przy tym było umiarkowane, miąższ nerki nie wykazywał wyraźnych zmian. Wobec tego nerkę zeszyto kilkoma szwami, założono do loży nerkowej dren gumowy i 2 paski gazy, zeszyto warstwowo mięśnie i skórę.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, w tydzień po operacji po podaniu błękitu metylenowego nie zaobserwowano zabarwienia się sączka i opatrunku. Chora została wypisana w 4 tygodnie po operacji z raną zagojoną bez żadnych dolegliwości (pokaz chorej).

Dyskusja:

Dr Datyner podkreśla następujące ciekawe momenty omawianego przypadku: 1) pomimo obecności tak dużego kamienia w miedniczce czynność nerki nie była upośledzona — próba barwnikowa wypadła normalnie, i 2) udało się usunięcie kamienia drogą nefrotomii, po czym zachowana nerka pracuje zupełnie prawidłowo: przy badaniu kontrolnym stwierdzono za pomocą pyelografii wstępującej (rys. 2.) normalne stosunki, poza nieznacznym rozszerzeniem miedniczki, a próba czynnościowa wypadła prawidłowo. Chora pozostaje nadal w obserwacji.

Doc. Szerszyński przypomina o częstych wznowach kamicy po usunięciu kamienia (odsetek tych nawrotów wynoszący dawniej do 40% ostatnio obniżył się). Konieczne jest leczenie następowe, które jednak może być bezsilne. W danym przypadku rozszerzenie miedniczki nasuwa obawę zalegania moczu — pożądane są środki zaradcze, np. w postaci podrażnienia chemicznego (azotan srebra), celem zwiększenia kurczliwości ściany. Konieczne zbadanie chemiczne kamienia.

Dr P. Goldstein:

a) PRZYPADEK PRZEPUKLINY UWIĘŹNIĘTEJ, POWIKŁANEJ ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

(str. własne)

I. L., mężczyzna lat 47, kupiec, cierpi od 25-ciu lat na przepuklinę pachwinową prawostronną. Od roku napady bólowe w całym brzuchu z wymiotami, odbijaniami i wzdęciami brzucha, jakoby bez gorączki. W ciągu ostatniego roku bóle częstsze. Raz jeden przed kilkoma tygodniami chory dostał napadu o odmiennym nieco charakterze. Bóle wystąpiły i umiejscowiły się wyraźnie w prawym podbrzuszu, promieniując ku tyłowi. Wezwany wówczas lekarz rozpoznał atak podrażnienia wyrostka robaczkowego. Od tego czasu napady coraz częstsze, a od trzech dni bóle nie ustępują zupełnie, nasilając się z godziny na godzinę. Chory wymiotował kilkakrotnie. Zatrzymanie stolców i wiatrów.

Status praesens. Stan ogólny dość ciężki. Tę-

tno 120., język suchy, powłoki blade, temp. 37,2'. Brzuch wydatnie wzdęty, opukowo — bębnica, osłuchowo — rzadkie przelewania o metalicznym oddźwięku. Serce i płuca — norma. Prawostronna przepuklina pachwinowa wielkości dwóch pięści, nieodprowadzalna, na ucisk bolesna. Rozpoznanie nie nastręczało żadnych trudności, przystąpiłem więc do operacji prawostronnej uwięźniętej przepukliny pachwinowej. Operację rozpoczęto w znieczuleniu miejscowym. Cięcie skośne, dług. ok. 15 cm, równolegle do więzadła Pouparta i przechodzące częściowo na mosznę. Po wyodrębnieniu worka przepuklinowego nacięto go i stwierdzono niewielką ilość krwistego płynu oraz szereg ciemno-fioletowych pętli jelita cienkiego, w wielu miejscach ze sobą pozrastanych. Rozcięto wówczas szyję wybitnie zmienionego worka przepuklinowego, o grubości ok. ¾ cm. i pierścień zwężający, po czym wydobyto na zewnątrz uwięźnięte pętle jelit. Nakryto je serwetkami gazowymi zmoczonymi w ciepłym roztworze fizjologicznym. Wygląd jelita nieco się poprawił, natomiast miejsca uciśnięte przez pierścień zwężający zachowały w dalszym ciągu zabarwienie ciemnosine, pozostały ścieńczałe, a poniżej i powyżej tych miejsc ściany jelit były wybitnie zgrubiałe, z nalotami, pozrastane ze sobą. Początkowo zamierzałem resekować chory odcinek, wobec tego jednak, że dotyczyło to aż czterech pętli jelit, i wobec ciężkiego stanu ogólnego chorego wydawało się to przedsięwzięciem dość ryzykownym, ograniczyłem się do obszycia miejsc podejrzanych szwem Lembertowskim i wpuściłem jelita do brzucha. Następnie przystąpiłem do doszczętnego załatwienia przepukliny sposobem Fergusson — Girarda. Przy przecięciu powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego natrafiłem na twór przebiegający poprzecznie, leżący w mocnych zrostach z otoczeniem, grubości ołówka. Twór ten zacząłem powoli wyodrębniać ze zrostów, przeważnie na ostro i wydobyłem wyrostek robaczkowy kolbowato zgrubiały przy wierzchołku, o zabarwieniu czerwonawo-sinym, obrośnięty tłuszczem. Posuwając się w kierunku dośrodkowym i w głąb otworzyłem wreszcie wolną jamę otrzewnej i tam znalazłem podstawę wyrostka wraz z wolną kątnicą. Wyrostek usunięto i załatwiono w sposób typowy, po czym zeszyto otwór w otrzewnej i mięśniu, wreszcie załatwiono radykalnie przepuklinę sposobem Fergusson — Girarda. Po rozcięciu usuniętego wyrostka, o zgrubiałej, wybitnie zmienionej ścianie, stwierdzono w nim zawartość ropno-krwistą, a śluzówkę — o zabarwieniu ciemno-zielonym.

Ze względu na możliwość powstania sklein pomiędzy tak znacznie zmienionymi pętlami cienkiego jelita i z obawy powstania niedrożności, już od pierwszego dnia po operacji dawałem choremu sól gorzką. Poza tym otrzymał chory w ciągu trzech dni po zabiegu — 200 cm^3 *peritosanu* „Klawe" domięśniowo.

Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Pacjent po 11 dniach został wypisany z Zakładu z raną zagojoną.

Jak można by sobie wytłumaczyć obecność chorego wyrostka robaczkowego pozaotrzewnowo, na przedniej ścianie brzucha, tuż pod rościęgnem mięśnia skośnego zewnętrznego? Sądzę, że mamy tu do czynienia z pierwotnym ułożeniem wyrostka robaczkowego pozakątniczo i pozaotrzewnowo, z tą jednak różnicą, że wskutek długoletniego istnienia przepukliny zgrubiałej i mocno zrośniętej z powłokami brzusznymi oraz przeciągania tych ostatnich w kierunku dośrodkowym i ku dołowi, tylna ściana brzuszna, do której była przyrośnięta kątnica, została jak gdyby obrócona i przeciągnięta do przodu, a wraz z nią i wyrostek.

b) PRZYPADEK UWIĘŹNIĘCIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO W PRZEPUKLINIE UDOWEJ.

Pani H. F., lat 64, dostała nagle bólów brzucha, nudności i wymiotów. Wydawało się pacjentce, że „opuściła jej się macica", gdyż cierpiała od lat na pęknięcie krocza. Przed 13-tu laty operowałem chorą z powodu raka sutka lewego (potwierdzonego badaniem histologicznym), przed rokiem przebyła ciężkie zapalenie płuc. Obecne cierpienie wystąpiło zupełnie nagle. Wezwany lekarz stwierdził przepuklinę udową i polecił wezwać chirurga. Badanie ogólne wykazało brak uchwytnych zmian chorobowych ze strony klatki piersiowej i jamy brzusznej, w pachwinie prawej stwierdzono przepuklinę udową nieodprowadzalną, wielkości orzecha włoskiego, bolesną na ucisk.

Chorą przewieziono do Zakładu i przystąpiono do operacji. W znieczuleniu miejscowym dokonano cięcia podłużnego powłok. Po wyodrębnieniu cienkiego, o zabarwieniu ciemno-czerwonym, worka przepuklinowego i ostrożnym nacięciu go, zauważono twór, przypominający na pierwszy

rzut oka pętlę jelita cienkiego, zabarwionego sinawo, tylko częścią swej ściany uwięźniętego w przepuklinie. Po nacięciu więzadła Gimbernata udało się nieznacznie tylko twór ten uwolnić i uzewnętrznić. Jednakże po polaniu go ciepłym roztworem fizjologicznym i usunięciu włóknika, można było już wyraźnie rozpoznać wyrostek robaczkowy przegięty w postaci kolanka i kolankiem tym tkwiący w worku przepuklinowym. Pomimo, że wygląd uwięźniętej części wyrostka poprawił się i nabrał koloru ciemno - czerwonego, wykonałem hernio-laparotomię, celem wydobycia podstawy wyrostka oraz kątnicy i wówczas przekonałem się, że wierzchołek wyrostka, który leżał w wolnej jamie brzusznej, był zupełnie czarny i wybitnie obrzękły; część przynasadowa nie wykazywała większych zmian. Po usunięciu w sposób typowy wyrostka, zeszyłem więzadło Pouparta, a następnie załatwiłem przepuklinę udową sposobem zwykłym tj. przez przyszycie powięzi mięśnia łonowego do więzadła Pouparta. Przebieg pooperacyjny gładki.

Przypadek ten, poza swoją rzadkością, jest pouczający jeszcze i z tego względu, że część wyrostka, która znajdowała się w jamie brzusznej uległa o wiele większym zmianom, niż część uwięźnięta w worku przepuklinowym; gdyby nasunęła się myśl wpuszczenia uwięźniętej części wyrostka, o wyglądzie dość dobrym, do jamy brzusznej bez skontrolowania wierzchołka i podstawy, byłoby to błędem, mogącym spowodować groźne powikłanie w postaci zapalenia otrzewnej.

Wyrostek robaczkowy znajdujemy bardzo często w przepuklinach pachwinowych, rzadziej w udowych. Uwięźnięcie zaś samego tylko wyrostka robaczkowego, wzgl. jego części, w przepuklinie udowej należy do rzadkości. Przed piętnastu laty opisałem dwa takie przypadki. W całym piśmiennictwie zebrano tych przypadków, o ile mi wiadomo, około dwudziestu kilku. *Rose* podzielił je na dwa rodzaje, które nazwał: *Wurmfortsatzschlingenbruch* i *Wurmfortsatzendbruch.* Nasz przypadek należy zaliczyć do pierwszej kategorii.

O teorii powstawania uwięźnięcia wyr. rob. w przepuklinie udowej sporo pisano *(Sprengel, Rother, Meisel, Barth).* Niektórzy autorzy sprowadzają początek tego schorzenia do trzeciego miesiąca życia płodowego, kiedy to kątnica wędruje i z poprzecznego położenia przechodzi w pionowe przesuwając się z lewa w prawo około wewnętrznego prawego otworu kanału biodrowego. Mogą wówczas powstać zrosty z otrzewną, utrzymujące wyrostek w kanale udowym (peritonitis foetalis circumscripta). Uwięźnięcie wyrostka robaczkowego, przyrośniętego do ściany worka przepuklinowego, a więc unieruchomionego w worku, może powstać bardzo łatwo. Wystarczy zaleganie treści w końcowym lub zagiętym kolankowato odcinku wyrostka, obecność kamienia kałowego albo wtórne zapalenie wewnątrzwyrostkowe, aby niepodatny pierścień przepukliny udowej (od góry więzadło Pouparta, od wewnątrz więzadło Gimbernata) zacisnął dośrodkowy odcinek wyrostka i wywołał objawy uwięźnięcia. Kliniczne objawy te jednakże nigdy nie dają tak groźnego obrazu, jak w wypadku uwięźnięcia pętli jelita. Nieraz, o ile sprawa się przewleka, a zabieg operacyjny nie jest w porę wykonany, dochodzi do wytworzenia się ropnia, lub nawet przetoki kałowej.

Zagadnienie, czy pierwotne jest uwięźnięcie wyrostka, czy też zapalenie jego w worku przepuklinowym, nie daje się rozstrzygnąć i nie ma istotnego znaczenia dla tego schorzenia. Opierając się na piśmiennictwie, na mojej poprzedniej pracy i na doświadczeniu własnym, dochodzę do wniosku, że, jeżeli chodzi o przepuklinę udową, to raczej pierwotne jest uwięźnięcie wyrostka z wtórnymi sprawami zapalnymi, natomiast w przepuklinie pachwinowej, gdzie te procesy są bez porównania częstsze, mamy do czynienia z pierwotnym zapaleniem wyrostka robaczkowego o rozmaitym nasileniu a z wtórnymi objawami uwięźnięcia, ale już nie samego wyrostka, lecz jednocześnie i pętli jelita.

Dyskusja:

Dr Horodyński tłumaczy dziwne umiejscowienie wyrostka w przyp. 1 w inny sposób, mianowicie, że wyrostek wypuklił się przez wewnętrzny pierścień pachwinowy jako druga przepuklina, prosta. Na potwierdzenie takiego tłumaczenia wspomina o przypadku własnym, obserwowanym przed wielu laty, gdzie wśród objawów ropowicy powłok brzusznych stwierdzono w powłokach obecność zapalnego wyrostka robaczkowego. Wyrostek wycięto, chory wyzdrowiał.

Dr Goldstein nie zgadza się z taką interpretacją, gdyż wyrostek przedostawał się do powłok znacznie wyżej od wewnętrznego pierścienia pachwinowego, a powtóre nie był otoczony workiem otrzewnowym, leżał zupełnie pozaotrzewnowo.

H. Ciszkiewicz.

KRONIKA

NOWY ZARZĄD TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO.

Na Walnym Zebraniu Towarzystwa dnia 22.IV r. b. dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1938, w następującym składzie: prezes—*doc. dr J. Mossakowski,* wiceprezes — *doc. dr J. Zaorski,* sekretarz — *dr S. Tokarski,* skarbnik — *dr E. Tymieniecki,* bibliotekarz — *dr J. Kossakowski,* członek Zarządu — *dr E. Witkowski.*

NOWY ZARZĄD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO.

Na Walnym Zebraniu Towarzystwa dnia 4 kwietnia r. b. w Poznaniu dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1938, w następującym składzie: prezes — *doc. dr A. Gruca,* wiceprezes — *dr M. Grobelski,* skarbnik i redaktor „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej" — *prof. dr F. Raszeja,* sekretarz — *dr J. Komza.*

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w pierwszym kwartale 1938 r.

Zestawił **Dr H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Biologia Lekarska	(Biol. L.) Nr 1.
Chirurg Polski	(Ch. P.) Nr 1—3.
Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	(Ch. N. R.) t. XI, Nr 1.
Czasopismo Sądowo - Lekarskie	(Cz. S. L.) Nr 1.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr 1—2.
Gazeta Lekarska Śląska Polskiego	(G. L. Śl.) Nr 1.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVII, Nr 1—2.
Gruźlica	(Gruźl.) Nr 1.
Lekarz Polski	(L. P. Nr 1—3.
Lekarz Wojskowy	(L. W.) t. XXXI, Nr 1—3.
Medycyna	(Med.) Nr 1—6.
Medycyna i Przyroda	(Med. Prz.) Nr. 1 — 3.
Medycyna Praktyczna	(Med. pr.) Nr 1—5.
Nowiny Lekarskie	(Now. Lek.) Nr 1—6.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr 1—3.
Polska Gazeta Lekarska	(P. G. L.) Nr 1—13.
Polska Stomatologia i Przegląd Dentystyczny	(Pol. Stom.) Nr 1—3.
Polski Przegląd Chirurgiczny	(P. P. Ch.) t. XVII, Nr 1—3.
Polski Przegląd Otolaryngologiczny	(P. P. Ot-Lar.) t. XIV, Nr 1—2.
Prasa Lekarska (Monografie dla lek. prakt.)	(Monogr.) Nr 49—51.
Therapia Nova	(T. N.) Nr 1—3.
Warszawskie Czasopismo Lekarskie	(W. Cz. L.) Nr 1—12.
Wiedza Lekarska	(W. L.) Nr 1—3.

CHIRURGIA OGÓLNA.

1. **Bross W.** Chirurgia w szpitalach Londyńskich. Med. pr. Nr 1, s. 1 — 9, Nr 2, s. 33 — 38 i Nr 3, s. 55 — 68.

A. Z a k a ż e n i a, z a p a l e n i a.

2. **Abramowicz M.** O zapobiegawczym leczeniu tężca przyrannego. W. Cz. L. Nr 7, s. 128 — 130.
3. **Śpiewankiewicz S.** Postępowanie w gruźlicy chirurgicznej w klinice prof. Sauerbrucha. W. Cz. L. Nr 6, s. 106 — 108.

B. N o w o t w o r y.

4. **Flaks J. i Ber A.** Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. W. Cz. L. Nr 5, s. 88 — 90.
5. **Flaks J. i Ber A.** Badania nad mechanizmem zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. W. Cz. L. Nr 12, s. 225 — 228.
6. **Dmochowski L.** O leczeniu dietetycznym chorych na raka sposobem Freunda. Med. Prz. Nr 2, s. 18 — 19.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

7. **Sznajder W.** Typ prątków gruźlicy kości i stawów u ludzi. Gruźl. Nr 1, s. 1 — 13.
8. **Gruca A.** O zabiegach uruchamiających w gruźlicy stawów. P. P. Ch. Nr 1, s. 1 — 22.

D. K r e w, n a c z y n i a k r w i o n o ś n e i c h ł o n n e.

9. **Hirszfeld L.** Grupy krwi w świetle nauki współczesnej. W. Cz. L. Nr 1, s. 1 — 8.
10. **Kostuch Z.** Wytyczne właściwego doboru krwiodawców. W. Cz. L. Nr 8, s. 152 — 154 i Nr 9, s. 169 — 171.
11. **Szejnman M.** Przetaczanie krwi konserwowanej. W. Cz. L. Nr 5, s. 90 — 92, Nr 6, s. 109 — 112 i Nr 7, s. 131 — 134.
12. **Gnoiński H.** Przechowywanie krwi przez czas dłuższy (90 dni), zmiany w niej zachodzące oraz jej właściwości lecznicze. Med. Nr 5, s. 156 — 160.
13. **Sokołowski T.** Przetaczanie krwi na froncie wojny domowej w Hiszpanii. L. W. Nr 2, s. 154 — 165.
14. **Olesiński J.** Leczenie chirurgiczne schorzeń serca i naczyń. T. N. Nr. 1, s. 31— 37 i Nr 2, s. 80 — 85.
15. **Pastel L.** Przypadek żylakowatości ogólnej z niezwykłym umiejscowieniem zmian, w świetle nowszych poglądów patologii konstytucjonalnej. P. G. L. Nr. 11, s. 205 — 208.
16. **Schlager L.** Krwawnice i ich współczesne leczenie na podstawie własnych spostrzeżeń (zarazem próba nowego podziału krwawnic). W. Cz. L. Nr 1, s. 8 — 10, Nr 2, s. 22 — 26 i Nr 3, s. 44 — 46.

E. Z n i e c z u l e n i e, u ś p i e n i e, z a b i e g i.

17. **Modrzewski T.** Uśpienie dożylne przy pomocy evipan-natrium. P. G. L. Nr 12, s. 236 — 239.
18. **Makowiec J.** Sądowo-lekarska ocena przypadku śmierci w narkozie evipanowej. Cz. S. L. Nr 1, s. 52 — 59.
19. **Mackowski A.** Niedomoga wątroby a zabieg chirurgiczny. G. L. Śl. Nr 1, s. 10 — 14.
20. **Kirszbraun A.** O chorobie pooperacyjnej. W. Cz. L. Nr 10, s. 191 — 193.
21. **Sieniawski J.** Badania zachowania się azotu pozabiałkowego i chlorków we krwi po zabiegach operacyjnych. Med. pr. Nr. 1, s. 9 — 13, Nr 2, s. 38 — 43 i Nr 3, s. 68 — 76.
22. **Landesman M.** Cukrzyca a chirurgia. P. P. Ch. Nr 2, s. 156 — 165.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

23. **Liebhart W. i Barylak L.** Badania kliniczne dotyczące stosowania preparatu Revocan w chirurgii. P. G. L. Nr 11, s. 209 — 212.
24. **Tadlewski E.** Leczenie causythem stanów septycznych. P. G. L. Nr 13, s. 255 — 257.

G. C h i r u r g i a u r a z o w a.

25. **Jasieński J.** O leczeniu ran. P. G. L. Prakt. lek. ark. 1, s. 12 — 20.
26. **Dziembowski Z.** Nowoczesne poglądy na sprawę leczenia oparzeń. P. P. Ch. Nr. 3, s. 263 — 276.
27. **Oszacki A.** Cukrzyca a uraz. P. G. L. Nr 1, s. 1 — 4.

H. C h i r u r g i a w o j e n n a i s p o r t u.

28. **Pawłowski B.** Pomoc chirurgiczna w czasie walki oddziałów zmotoryzowanych. L. W. Nr 1, s. 1 — 20.
29. **Korczakowski J.** Ewakuacja strat krwawych z linii ognia do stacji rozdzielczej szpitala ewakuacyjnego pod kątem wymagań chirurgii wojennej. L. W. Nr 3, s. 303 — 315.

I. R a d i o l o g i a, f i z j o t e r a p i a.

30. **Kosieradzki K.** Krótkie fale i ich zastosowanie w lecznictwie. W. L. Nr 3, s. 65 — 80.
31. **Reznikow H.** O krótkich falach i zakresie ich stosowania. Monogr. Nr 51, s. 1 — 23.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

32. **Chorόbski J.** O leczeniu guzów przysadki mózgowej i nowotworów przysiodełkowych. Med. Nr 1, s. 1 — 14.
33. **Michałek-Grodzki S.** Zniekształcenia twarzy a niezdolność do pracy. W. L. Nr 2, s. 40 — 46.
34. **Kenigstein L. i Tokarski S.** W sprawie urazów nosa u bokserów. Ch. P. Nr 3, s. 135 — 137.

B. S z y j a.

35. **Boguszewski S.** Przypadek rozszerzenia torbielowatego naczyń chłonnych szyi (Lymphangiectasiae cysticae colli). Ch. P. Nr. 3, s. 129 — 131.
36. **Zuberbier D.** O leczeniu raka krtani promieniami X. P. P. Ot-Lar. Nr 1 — 2, s. 158 — 166.
37. **Liebhart W.** Przygotowanie przedoperacyjne chorych w chorobach Basedowa za pomocą dwujodotyrozyny. Med. pr. Nr 4, s. 82 — 86.
38. **Pollak K.** Leczenie schorzeń serca drogą całkowitego usuwania gruczołu tarczykowego. W. Cz. L. Nr 4, s. 72 — 74.
39. **Elmer W.** Leczenie tyreotoksykoz. P. G. L. Prakt. lek. ark. 1, s. 3 — 11.
40. **Skórski J.** O wolu śródkrtaniowotchawiczym. P. P. Ot-Lar. Nr 1 — 2, s. 111 — 158.

C. K l a t k a p i e r s i o w a.

41. **Michałek-Grodzki S.** O etiologii i terapii zniekształceń piersi kobiecych. Now. Lek. Nr 2, s. 113 — 116.
42. **Michałek-Grodzki S.** Zniekształcenia brodawek gruczołów piersiowych. Ch. P. Nr. 2, s. 80 — 88.
43. **Laskowski J.** O rokowaniu w rakach sutka na podstawie budowy histologicznej. Med. Nr 6, s. 203 — 213.
44. **Śledziewski H.** Zagadnienie dalszej radykalizacji zabiegów operacyjnych w raku sutka w świetle rozważań anatomicznych. Ch. P. Nr 1, s. 1 — 6.
45. **Łukaszczyk F.** O tak zwanym „zapobiegawczym" stosowaniu promieni Röntgena po operacjach raka sutka. Med. Nr 6, s. 201 — 203.
46. **Lenard H.** Przypadek zapalenia ochrzęstnej VI i VII żebra w przebiegu duru brzusznego. P. G. L. Nr 12, s. 235.
47. **Grabowski M. i Plewniak W.** Przypadek wrodzonego rozszczepu mostka. Med. Nr 4, s. 136 — 138.
48. **Kowarski H.** Ropniak opłucnej u dzieci. W. Cz. L. Nr 4, s. 67 — 69.
49. **Wolański R.** Dwa przypadki zastarzałych ropniaków opłucnej, wyleczonych przy pomocy torakoplastyki. Ch. P. Nr 3, s. 131 — 135.
50. **Noblinówna H.** Rak płuc. Med. Nr 6, s. 213 — 217.
51. **Glass B.** Przypadek torbieli powietrznej płuc u chorego na gruźlicę płuc. W. Cz. L. Nr 12, s. 228 — 230.
52. **Ostrowski W.** Zabiegi operacyjne w leczeniu jam gruźliczych w płucach. W. L. Nr 1, s. 1 — 15.
53. **Spitzer J. M.** Rola badania czynnościowego narządu oddechowego w orzecznictwie i wyborze przypadków gruźlicy płuc do leczenia chirurgicznego. Gruźl. Nr 1, s. 33 — 52.

D. J a m a b r z u s z n a.

54. **Dobryszycki S.** Gastroskopia jako metoda badania. Med. Nr 1, s. 14 — 19.
55. **Moczarski W.** O stosowaniu neutrolu w nadkwaśności i wrzodzie trawiennym żołądka. Now. Lek. Nr 5, s. 149 — 157 i Nr 6, s. 182 — 187.
56. **Barański R. i Bussel M.** O okresie pooperacyjnym w przypadkach przerostowego zwężenia odźwiernika u niemowląt i o postępowaniu dietetyczno-leczniczym w tym czasie. Med. Nr 5, s. 160 — 165.
57. **Wardyński S.** W sprawie szwu w operacjach na żołądku i jelitach. P. P. Ch. Nr 2, s. 147 — 155.
58. **Wrześniowski W.** Opadnięcie żołądka i okrężnicy. P. P. Ch. Nr 3, s. 199 — 216. (c. d. n).
59. **Ermich S.** Pourazowe pęknięcie dwunastnicy z następową odmą powłok brzusznych. P. G. L. Nr 8, s. 142 — 143.
60. **Mossakowski J.** Z kazuistyki błędów diagnostycznych. P. P. Ch. Nr 1, s. 23 — 28.
61. **Grundzach J.** Kilka uwag z powodu artykułu dra W. Róbina p. t. „15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych". W. Cz. L. Nr 3, s. 47.
62. **Peter J.** Pęknięcie torbieli bąblowca wątroby do jamy otrzewnej. Ch. P. Nr 2, s. 57 — 68.

63. **Ciszkiewicz H.** Przypadek bąblowca wątroby. Ch. P. Nr 3, s. 138 — 139.
64. **Hornicki P.** Przypadek torbieli przewodu głównego trzustki. P. P. Ch. Nr 1, s. 29 — 41.
65. **Trella J.** Przypadek gruźlicy trzustki. P. P. Ch. Nr 2, s. 105 — 114.
66. **Wolfram K. i Tuz J.** Przypadek niedrożności jelit wywołanej kamieniem żółciowym. Ch. P. Nr 1, s. 34 — 38.
67. **Jasieński J. i Kranz S.** W sprawie leczenia surowicą przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Ch. P. Nr 1, s. 7 — 34.
68. **Szerszyński B. i Klimkiewicz J.** Operowanie raka okrężnicy lewej. P. P. Ch. Nr 1, s. 42 — 65.
69. **Łapiński Z.** Operacja przepukliny pachwinowej (w 50-lecie metody Bassiniego). P. P. Ch. Nr 3, s. 239 — 262.
70. **Henke A.** Hernia incarcerata retrograda. Now. Lek. Nr 2, s. 51 — 54.
71. **Tomankiewicz W.** Przypadek wrodzonej przepukliny pępowinowej, połączony z całkowitym przemieszczeniem wątroby. Now. Lek. Nr 3, s. 91.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

72. **Wesołowski S.** Wrażenia z pobytu w oddziałach urologicznych w Berlinie. P. P. Ch. Nr 1, s. 66 — 74.
73. **Lewinson S.** O uchyłkach pęcherza moczowego. W. Cz. L. Nr 7, s. 124 — 127.
74. **Laufer F.** O ciałach obcych w pęcherzu moczowym. P. P. Ch. Nr 2, s. 132 — 146.
75. **Graf M.** Martwica przedniej ściany pęcherza moczowego, jako niezwykłe powikłanie po wycięciu pęcherza, naświetlaniu rentgenowskim i wyłuszczeniu sterczu. Ch. P. Nr 1, s. 38 — 42.
76. **Binder Z.** Zgorzel pęcherza jako następstwo uwięźnięcia przepukliny. P. P. Ch. Nr 3, s. 233 — 238.
77. **Kowalski B.** Leczenie przetok pęcherzowo-pochwowych metodą Küstnera-Wołkowicza. Gin. P. Nr 1 — 2, s. 1 — 14.
78. **Kleszczelski A.** Trzy przypadki nerki podkowiastej. Ch. P. Nr 2, s. 76 — 80.
79. **Hornicki P.** Przypadek olbrzymiego wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej. Ch. P. Nr 2, s. 71 — 75.
80. **Laufer F. i Porwit E.** Badania porównawcze nad wydalaniem jodu i barwnika przez nerki. (Urografia dożylna, jako próba sprawności nerek). P. P. Ch. Nr 3, s. 217 — 232.
81. **Laufer F.** Leczenie obustronnej kamicy moczowej. Ch. P. Nr 3, s. 111 — 121.
82. **Hornicki P.** Przypadek prawdziwego obojnactwa z odrębnymi gruczołami płciowymi. P. P. Ch. Nr 2, s. 115 — 131.

F. K r ę g o s ł u p, m i e d n i c a.

83. **Krajewski F.** Choroby narządów wewnętrznych a zmiany w kręgosłupie. L. W. Nr 1, s. 47 — 57.
84. **Landes-Leinerowa L.** Osteo-chondritis ischiopubica. Ch. P. Nr 1, s. 42 — 44.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

85. **Ciszkiewicz H.** Urazy kończyny górnej. L. W. Nr 3, s. 302 — 307.
86. **Rahoza E.** Technika sporządzania gipsowego opatrunku odwodzącego ramię. Ch. N. R. Nr 1, s. 163 — 167.
87. **Graf M. i Robinson C.** Przyczynek do rozpoznawania naczyniaków jamistych. Ch. P. Nr 2, s. 68 — 71.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

88. **Szenicer S.** O rzadszych umiejscowieniach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej. Ch. P. Nr 3, s. 121 — 128.
89. **Komza J.** W sprawie szpotawości biodra i jej leczenia. Ch. N. R. Nr 1, s. 107 — 129.
90. **Sokołowski T.** W sprawie nastawiania złamań szyi kości udowej. Ch. P. Nr 2, s. 89 — 102.
91. **Wojciechowski A.** Zarys leczenia ogólnego następstw choroby Heine-Medin. Ch. N. R. Nr 1, s. 5 — 33.
92. **Raszeja F.** Leczenie ortopedyczne następstw choroby Heine-Medin z uwzględnieniem zabiegów na częściach miękkich. Ch. N. R. Nr 1, s. 35 — 101.
93. **Kuczkowski F.** O istocie i leczeniu wrodzonej stopy końsko-szpotawej. Ch. N. R. Nr 1, s. 131 — 161.
94. **Kobryner A.** Płaska stopa, jako wyraz morfologiczny małowartościowości ustrojowej serca. W. Cz. L. Nr 6, s. 103 — 105.
95. **Rubinstein D.** Przypadek zgorzeli stóp w przebiegu czerwienicy istotnej (**M. Vaquez**). P. G. L. Nr 5, s. 86 — 88.